

# Inter pares?

## Voraussetzungen gelingender Interdisziplinarität aus Sicht der Sozialen Arbeit im Palliativkonsiliardienst

Mag.<sup>a</sup> Beate Gratzner-Diplinger MSc  
1510406307

### Bachelorarbeit 2

eingereicht zur Erlangung des Grades  
Bachelor of Arts in Social Sciences  
an der Fachhochschule St. Pölten

23.4.2018

Version: 1

### BegutachterInnen:

Mag.<sup>a</sup> (FH) Mag.<sup>a</sup> Ursula Stattler

## **Abriss**

Die vorliegende qualitative Studie erforscht Voraussetzungen für gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit im Palliativkonsiliardienst aus Sicht der Sozialen Arbeit. Die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgt auf Basis zweier leitfadengestützter Interviews und einer offenen Beobachtung. Den Ergebnissen zufolge tragen sowohl strukturelle wie interpersonelle und individuelle Voraussetzungen zum Gelingen interdisziplinärer Zusammenarbeit bei. Zu den strukturellen Voraussetzungen zählen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zeitliche Ressourcen. Interpersonelle Voraussetzungen sind gegenseitige Wertschätzung und ein gemeinsames Verständnis von Interdisziplinarität. Individuelle Faktoren sind fachliche Kompetenz, Humor, Empathie, Reflexionsfähigkeit und Selbstfürsorge. Den Abschluss der Arbeit bilden Empfehlungen für die Etablierung Sozialer Arbeit in anderen Feldern des Gesundheitswesens.

## **Abstract**

This qualitative research examines and deals with the experiences of social workers in the field of palliative counselling services. Based on two interviews and one observation the question of successful interdisciplinary work will be answered. According to the results there is a need of structural, interpersonal and individual requirements of successful interdisciplinary work. Structural requirements are provisions for quality and resources of time. Interpersonal requirements are mutual appreciation and a common understanding of multidisciplinary. Individual requirements are professional expertise, humor, empathy, reflecting capacity and awareness of caring about yourself. In conclusion suggestions for the successful implementation of social work in other fields of health care are given based on the experience of successful interdisciplinary work in the field of palliative care.

---

# Inhalt

<b>1 Einleitung.....</b>	<b>2</b>
<b>2 Forschungskontext .....</b>	<b>3</b>
2.1 Aktueller Stand der Forschung .....	3
2.2 Beschreibung relevanter Begriffe .....	5
2.3 Leitende Forschungsfrage und Detailfragen .....	8
2.4 Relevanz der Forschung .....	8
<b>3 Forschungsprozess .....</b>	<b>9</b>
3.1 Das Forschungsfeld .....	9
3.2 Die Erhebungsmethode .....	9
3.3 Datenauswertung.....	10
<b>4 Darstellung der Ergebnisse .....</b>	<b>11</b>
4.1 Strukturelle Voraussetzungen .....	11
4.1.1 Klare Aufgabenverteilung .....	11
4.1.2 Strukturelle Verankerung der Profession „Soziale Arbeit“ .....	13
4.1.3 Zeitliche Ressourcen .....	14
4.1.4 Maßnahmen zur Qualitätssicherung .....	16
4.2 Interpersonelle Voraussetzungen .....	18
4.2.1 Bereitschaft zur gemeinsamen Aufgabenverteilung .....	19
4.2.2 Bereitschaft zur gelebten Interdisziplinarität .....	20
4.2.3 Gegenseitige Wertschätzung .....	22
4.3 Individuelle Voraussetzungen .....	23
4.3.1 Fachliche Kompetenz .....	23
4.3.2 Empathie .....	25
4.3.3 Selbstbewusstsein .....	26
4.3.4 Humor .....	27
4.3.5 Selbstfürsorge .....	27
4.3.6 Flexibilität .....	28
4.3.7 Reflexionsfähigkeit .....	28
4.4. Zusammenfassung der Ergebnisse .....	29
<b>5 Resümee und Ausblick .....</b>	<b>31</b>
5.1 Gegenüberstellung: Berufsprofil und interdisziplinäre Praxis .....	31
5.2 Empfehlungen für die Etablierung Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen .....	32
<b>Literatur .....</b>	<b>37</b>
<b>Daten .....</b>	<b>42</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>43</b>

# 1 Einleitung

Fast alle Menschen antworten auf die Frage, wo sie einmal sterben möchten, dass sie sich nichts sehnlicher wünschen, als in ihren eigenen vier Wänden zu sterben. Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz hält in diesem Zusammenhang fest, dass zur Unterstützung für ein „Sterben zu Hause“ PatientInnen spezialisierte Betreuungsangebote der Hospiz- und Palliativversorgung zur Verfügung stehen. MitarbeiterInnen von Palliativteams besuchen die PatientInnen noch im Krankenhaus oder schon zu Hause und beraten sie und ihre Angehörige in dieser schwierigen Lebenssituation (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2018). Das Konzept zur Palliativversorgung in Österreich hält fest, dass PatientInnen mit schweren und unheilbaren Erkrankungen sechs verschiedene Versorgungsangebote zur Verfügung stehen: Palliativstation, stationäres Hospiz, Tageshospiz, Palliativkonsiliardienst, mobiles Palliativteam, Hospizteam. In den kommenden Jahren schätzt das Bundesministerium für Gesundheit aufgrund der demografischen Entwicklungen bis hin zu einer höheren Lebenserwartung einen steigenden Bedarf für alle sechs Versorgungsangebote (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2018:6ff).

Ein Qualitätskriterium der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich ist, dass interdisziplinäre Teams in allen sechs Versorgungsbereichen zusammenarbeiten. SozialarbeiterInnen sind neben ÄrztInnen und diplomiertem Pflegepersonal fester Bestandteil in interdisziplinären Teams (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2018:12). Die vorliegende Forschungsarbeit ist Teil eines Forschungsvorhabens, das sich mit der Frage nach einer gelingenden, interdisziplinären Zusammenarbeit in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich auseinandersetzt. Im Rahmen der Forschung erfolgt die Befragung der verschiedenen Berufsgruppen, aber auch ehrenamtlicher MitarbeiterInnen zu einer gelingenden interdisziplinären Zusammenarbeit. Von besonderem Interesse ist dabei zu erforschen, welche Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und Faktoren erforderlich sind, dass Interdisziplinarität mit gleichberechtigten Möglichkeiten der Zusammenarbeit der Berufsgruppen gelingt. Ergebnisse dieser Projektarbeit sollen auf andere Felder des Gesundheitswesens, darunter insbesondere etwa auf den Bereich der Primärversorgung, übertragbar sein und erste Erkenntnisse über Erfordernisse für gelingende Interdisziplinarität liefern (vgl. Pfliegerl / Stattler 2017).

Mithilfe von zwei qualitativen Interviews mit Sozialarbeiterinnen<sup>1</sup> und einer offenen Beobachtung im Feld erfolgt die Beantwortung der Forschungsfrage aus Sicht der Sozialen Arbeit. Als Forschungsfeld dient der Palliativkonsiliardienst eines Krankenhauses, das über langjährige Erfahrung im Bereich der Betreuung von PalliativpatientInnen verfügt. Der leichten Lesbarkeit wegen erfolgt die Abkürzung des Palliativkonsiliardienstes mit den Buchstaben PKD.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in einen ersten Teil der Beschreibung des Forschungskontextes und –prozesses, inklusive der Darlegung des Forschungsfeldes, und in einen zweiten Teil, in dem die Ergebnisse dargestellt, resümiert und interpretiert werden. Die Interpretation der Ergebnisse dient dazu, Erkenntnisse für eine gelingende, interdisziplinäre Zusammenarbeit für andere Bereiche in der Gesundheitsversorgung zu gewinnen.

## 2 Forschungskontext

### 2.1 Aktueller Stand der Forschung

Hospiz und Palliative Care stehen nach Definition der österreichischen Palliativgesellschaft für einen multiprofessionellen Versorgungs- und Betreuungsansatz, in dem verschiedene Berufsgruppen interdisziplinär zusammenarbeiten (vgl. Österreichische Palliativgesellschaft 2018). SozialarbeiterInnen sind ein fester Bestandteil des Teams.

Soziale Arbeit verfügt über zahlreiche für die interdisziplinäre Arbeit notwendige Kompetenzen. Wider hält in diesem Zusammenhang in ihrem Artikel zu Sozialer Arbeit und Interdisziplinarität fest, dass Soziale Arbeit sozialen Problemen vorbeugt, diese lindert oder sie zu lösen versucht (vgl. Wider 2013:10). Ihre Aufgabe besteht darin, in Kooperation mit anderen Professionen, die Handlungsfähigkeit von zu betreuenden Menschen wieder herzustellen. Soziale Arbeit sieht sich der Interdisziplinarität verpflichtet. Interdisziplinäre Zusammenarbeit stellt in diesem Zusammenhang für alle Beteiligten eine Herausforderung dar. Für Wider ist Interdisziplinarität gefragt, wenn komplexe Probleme nicht nach der Logik einer Disziplin zu lösen sind. Alle Beteiligten müssen über ein fachliches Wissen verfügen, das sie im Austausch mit anderen Disziplinen einbringen. Die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen stellt eine

---

<sup>1</sup> Wenn in der Arbeit von den interviewten Sozialarbeiterinnen gesprochen wird, verzichte ich auf die gendergerechte Schreibweise und auf das Binnen-I, da es sich um zwei Frauen handelt.

herausfordernde Aufgabe dar, die sich für Rössler, Nau und Stoklossa am leichtesten im Team gemeinsam bewältigen lässt (vgl. Rösler / Nau / Stoklossa 201:263).

Die Mitglieder im interdisziplinären Team sprechen aufmerksam über die Bedürfnisse der sterbenden Menschen. Ihr Anliegen ist es, die Bedürfnisse nach Möglichkeit zu erfüllen. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit ergeben sich, Kränzle, Schmid und Seeger zufolge, mitunter Schwierigkeiten. Viele Menschen sind es nicht gewohnt, gleichwertig in einem Team zu arbeiten. Das Zusammenwachsen im Team ist von Mühe und Anstrengung begleitet. Mitunter braucht es Zeit und wachsendes Vertrauen. Unerlässlich ist dabei das Erwerben von Fachkompetenz und Basiswissen, die Offenheit zur Veränderung von Einstellungen, Haltungen und Fertigkeiten. Durch interdisziplinäre Fall- und Teambesprechungen, Supervision, Koordination und Konfrontation entsteht ein Rahmen im Team, der einen guten Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen ermöglicht. Keine Berufsgruppe kann allein Sterbebegleitung leisten (vgl. Kränzle / Schmid / Seeger 2013:19f).

SozialarbeiterInnen sind SpezialistInnen für psychosoziale und rechtliche Themen als auch GeneralistInnen für die psychosoziale Begleitung. Für die AutorInnen Beutel, Gratz, und Grom leisten SozialarbeiterInnen einen unverzichtbaren Beitrag in der psychosozialen Begleitung der PatientInnen und ihrer Angehörigen. Zwar ist die psychosoziale Begleitung Aufgabe aller im Team, die Sterbende begleiten, dennoch ist entscheidend, dass sich aus der psychosozialen Begleitung konkrete Aufgaben für die Soziale Arbeit ergeben. Dies unterstreicht die Bedeutung des regelmäßigen Austausches im Team und der Notwendigkeit der aktiven Einbindung von SozialarbeiterInnen bei der Problemlösung. SozialarbeiterInnen leisten einen wichtigen Beitrag in der rechtlichen Beratung und der Vermittlung von Hilfsangeboten nach dem stationären Aufenthalt. Durch Beratungsgespräche mit PatientInnen und deren Angehörigen tragen sie zur erfolgreichen Begleitung von PatientInnen und deren Angehörigen bei.

Eine zentrale Leistung, die SozialarbeiterInnen ins Team einbringen, ist für die AutorInnen die Schnittstellenfunktion innerhalb des Teams, zwischen den PatientInnen, den Angehörigen und den externen Diensten. Soziale Arbeit hat die Kompetenz, die Hintergründe von Konflikten transparent zu machen, und kann das Team in der Konfliktbearbeitung entlasten und unterstützen. Ein Beispiel wären Kommunikationsblockaden in Betreuungsbeziehungen oder auch zwischen Teammitgliedern. Soziale Arbeit erfüllt im Team eine mediative Funktion (vgl. Beutel et al. 2013:64ff).

Trotz der zahlreichen Kompetenzen, die Soziale Arbeit in interdisziplinäre Palliativteams in Bezug auf die PatientInnen- und Angehörigenbegleitung und die Arbeit im Team einbringt,

zählt für Wasner die Soziale Arbeit in Deutschland zu den am meisten unterschätzten Professionen in den Palliativteams (vgl. Wasner 2014:23). In Österreich stellt sich die Situation etwas anders dar. Vom Dachverband Hospiz wurden die oben genannten Funktionen der Sozialen Arbeit im Team, wie das Einbringen der psychosozialen Dimension bei Fallbesprechungen, die Schnittstellen- und Mediationsfunktion und die Funktion als AnsprechpartnerInnen bei psychosozialen Fragestellungen der Teammitglieder zu fungieren im Berufsprofil festgehalten (vgl. Dachverband Hospiz 2017). Im Jahr 2002 hat der Dachverband für Hospiz ein eigenes Berufsprofil für SozialarbeiterInnen festgeschrieben. Darin ist festgehalten, dass SozialarbeiterInnen regelmäßig an Fallbesprechungen teilnehmen sollen. Aufgrund ihrer Fachkompetenz bringen sie von Anfang an psychosoziale Fragestellungen und Lösungsansätze in das Behandlungs- und Betreuungskonzept ein. In gemeinsamen Teambesprechungen wird festgelegt, in welchen Fällen SozialarbeiterInnen persönlich Kontakt mit PatientInnen und Angehörigen aufnehmen (vgl. Hospizverband Österreich 2017). Entscheidend für die Etablierung Sozialer Arbeit ist, wie im Konzept des Bundesministeriums für Gesundheit zu Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich festgehalten ist, dass SozialarbeiterInnen neben ÄrztInnen und Pflegepersonal im Hospiz- und Palliativteam als fester Bestandteil im Team vertreten sind. Im Konzept findet sich die Festlegung, dass sechs Wochenstunden pro PatientIn auf stationären Palliativstationen und 0,15 Vollzeitangestellte pro Bett auf Hospizstationen zur Verfügung stehen müssen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2018:14ff). Diese Festlegung durch Arbeitszeit unterstützt die bessere Positionierung Sozialer Arbeit im Bereich der Palliativversorgung in Österreich im Vergleich zu Deutschland (vgl. Wasner 2014:234ff).

## **2.2 Beschreibung relevanter Begriffe**

Der PKD, auf den im Rahmen dieses Forschungsvorhabens näher eingegangen wird, stellt einen der sechs Versorgungsbereiche der österreichischen Hospiz- und Palliativversorgung dar. Im Konzept des Bundesministeriums für Gesundheit ist festgehalten, dass der PKD aus einem interdisziplinär zusammenarbeitenden Team im Krankenhaus besteht. Dieser Dienst unterstützt in erster Linie das betreuende ärztliche Personal und Pflegepersonen in den Stationen und in anderen Krankenhäusern. Erst in zweiter Linie wendet er sich an die PatientInnen und deren Angehörige. Entscheidungen über die durchzuführenden Maßnahmen und deren Umsetzung obliegen dem betreuenden ärztlichen Personal und den

MitarbeiterInnen. Der PKD als eigenständiges Angebot ist entweder einer Palliativstation zugeordnet oder bildet eine eigene Organisationseinheit. Der Auftrag des PKD besteht darin, die spezielle palliativmedizinische und -pflegerische, psychosoziale und kommunikative Expertise in die Betreuung einzubringen. Der PKD unterstützt Entscheidungsprozesse vor Ort. In Abstimmung mit den Primärbetreuenden legt der PKD medizinische, pflegerische, therapeutische und/oder soziale Maßnahmen für die PatientInnen fest. Je nach örtlicher und geografischer Gegebenheit ist der PKD in mehreren Krankenhäusern beratend tätig (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2014:22f).

Der Bedarf an den Dienstleistungen des PKD ist so hoch, dass das Ministerium eine Etablierung dieser Dienste in allen Krankenhäusern bis 2020 vorsieht. In diesem Zusammenhang weist das Konzept auf die krankenhausesübergreifende Funktion des Dienstes hin (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2014:11). Insgesamt zwei Vollzeitstellen für SozialarbeiterInnen in einem Krankenhaus ab 150 Betten ordnet das Ministerium an (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2014:23).

Die Betreuung und Begleitung schwer erkrankter Menschen stellt die Betroffenen selbst, die Angehörigen, mitunter aber auch das betreuende Personal, vor große Herausforderungen. Die österreichische Palliativgesellschaft stellt in diesem Zusammenhang fest, dass innerhalb der Palliativbetreuung die psychosoziale und spirituelle Begleitung der PatientInnen eine mindestens ebenso große Bedeutung wie die medizinische Symptomkontrolle hat (vgl. Österreichische Palliativgesellschaft 2018). Soziale Arbeit leistet von ihrer Definition her einen unverzichtbaren Beitrag in der psychosozialen Begleitung der PatientInnen, der Angehörigen, aber auch des betreuenden Personals. Sie versteht sich als Profession nach Definition der International Federation of Social Work, die den Wandel und die Lösung von Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen fördert. Menschen werden befähigt, in freier Entscheidung ihr Leben besser zu gestalten. Gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse über menschliches Verhalten und soziale Systeme greift soziale Arbeit dort ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion treten. Grundlagen sozialer Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit (vgl. IFSW 2000).

Aufgrund des Anliegens Sozialer Arbeit, Menschen zu befähigen, freie Entscheidungen zu treffen und ihr Leben bestmöglich zu gestalten, sieht sich meines Erachtens Soziale Arbeit in besonderer Weise den Grundsätzen von Palliative Care verpflichtet. Für Kränzle, Schmid und Seeger bedeutet die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Palliative Care einen Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen und deren Familien, die mit den vielfältigen Problemen konfrontiert sind, die bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung

auftreten. Palliative Care lindert Schmerzen und andere damit einhergehende Beschwerden, bejaht das Leben und betrachtet das Sterben als Prozess. Palliative Care bietet Unterstützung an, um den PatientInnen ein möglichst aktives Leben bis zum Tod zu ermöglichen. Sie steht den Familien bei der Bewältigung von Problemen während der Krankheit ihrer Angehörigen und nach deren Tod zur Seite. Das Wesen des Prinzips Palliative Care ist die Orientierung am Menschen in Form der psychosozialen und der spirituellen Begleitung des sterbenden und schwerkranken Menschen und seiner Angehörigen. Palliative Care fühlt sich den ethischen Grundsätzen verpflichtet, die das Sterben als einen zu gestaltenden Teil des Lebens betrachtet, der weder eine künstliche Verlängerung noch Verkürzung erfährt. Palliative Care leistet somit einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft, indem Sterben und Tod als zum Menschen gehörend erlebbar werden. Durch die interdisziplinäre Ausrichtung im Team bringt jede Berufsgruppe ihr Fachwissen ein und trägt zur Erfüllung dieses Auftrags bei. Die Besonderheit von Palliativteams liegt in der interdisziplinären Zusammenarbeit (vgl. Kränzle / Schmid / Seeger 2013:6ff).

Interdisziplinarität bedeutet, dass die einzelnen Wissenschaftsdisziplinen die enggesteckten Grenzen ihrer Perspektive überwinden und dadurch ein tiefes Verständnis für die Sichtweise anderer Disziplinen gewinnen. Für Becker, Schoor und Sommer sind diese Perspektiven nicht als Konkurrenz, sondern als sinnvolle Denk- und Handlungsmuster für die Bearbeitung eines komplexen Falls zu verstehen (vgl. Becker / Schoor / Sommer 2017:269). Interdisziplinäre Zusammenarbeit heißt für Feichtner und Nagele in diesem Sinne, dass in einem Team fachübergreifend zusammengearbeitet wird. Zusammenarbeiten bedeutet eine Tätigkeit, die sich auf die Erreichung eines gemeinsamen Ziels ausrichtet (vgl. Feichtner / Nagele 2014:32). Ein Team besteht, der Definition Müllers und Kerns folgend, aus mindestens zwei Personen, die an einer Aufgabe gemeinsam arbeiten (vgl. Müller / Kern 2008:81).

Soziale Arbeit leistet einen unverzichtbaren Beitrag in Teams: SozialarbeiterInnen begleiten Menschen in besonderen sozialen Problemlagen bei der Partizipation in der Gesellschaft, stärken ihre Ressourcen, fördern ihre Selbstbestimmung und helfen soziale Hürden zu überwinden. Im Zusammenhang mit Palliative Care hat Soziale Arbeit, Wasner zufolge, die Expertise und die Kenntnis, über die notwendigen Methoden schwerkranken und sterbenden Menschen im Rahmen ihrer Möglichkeiten und unter Einbeziehung ihres Umfeldes ein selbstbestimmtes Leben bis zum Tod zu ermöglichen (vgl. Wasner 2014:27).

## 2.3 Leitende Forschungsfrage und Detailfragen

Mein Forschungsvorhaben dreht sich um die Frage nach den Voraussetzungen gelingender interdisziplinärer Zusammenarbeit aus der Sicht der Sozialen Arbeit im PKD.

### **Die Forschungsfrage lautet:**

Welche Voraussetzungen sind notwendig, damit interdisziplinäre Zusammenarbeit im PKD aus der Sicht der Sozialen Arbeit gelingt?

### **Mögliche Unterfragen, die sich ergeben, sind:**

Welche Aufgaben haben SozialarbeiterInnen im PKD?

Wie gestaltet sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit im PKD aus der Sicht der Sozialen Arbeit?

Welche Chancen ergeben sich für die Soziale Arbeit in der interdisziplinären Zusammenarbeit?

Mit welchen Schwierigkeiten ist Soziale Arbeit in der interdisziplinären Zusammenarbeit konfrontiert?

## 2.4 Relevanz der Forschung

Die Ergebnisse meiner Forschung sind einerseits eine Ergänzung zur bestehenden Literatur nach den Voraussetzungen einer gelingenden interdisziplinären Zusammenarbeit. Der besondere Fokus liegt auf der Tätigkeit von SozialarbeiterInnen.

Andererseits ermöglichen die Ergebnisse meiner Forschung einen speziellen Blick auf die Voraussetzungen und Bedingungen interdisziplinärer Zusammenarbeit im Bereich der Palliativversorgung und liefern Erkenntnisse über den Einsatz von SozialarbeiterInnen in anderen Bereichen des Gesundheitswesens.

Mehr Wissen und Kenntnisse über die Voraussetzungen, die SozialarbeiterInnen für diesen speziellen Bereich mitbringen, liefern einen entscheidenden Beitrag dazu, Soziale Arbeit in anderen Bereichen des Gesundheitswesens zu etablieren.

Im Zuge des geplanten flächendeckenden Ausbaus von Primärversorgungszentren in Österreich (vgl. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse 2017) entsteht die Diskussion, SozialarbeiterInnen als festen Bestandteil in den Teams der Zentren zu etablieren. Die

Ergebnisse der vorliegenden Forschung bieten eine Unterstützung, dieses Vorhaben erfolgreich umzusetzen.

## 3 Forschungsprozess

### 3.1 Das Forschungsfeld

Als Forschungsfeld dient ein Krankenhaus, das über langjährige Erfahrung in der Palliativversorgung verfügt. Im Zuge der Terminvereinbarung erzählte die Sozialarbeiterin, dass der PKD im beforschten Krankenhaus seit 2004 besteht. Der PKD bietet Unterstützung durch Beratung von Fachleuten der Palliativbetreuung für ÄrztInnen, das Pflegepersonal sowie für PatientInnen und deren Angehörige an. Zum Team gehören jeweils ein/e Vertreter/in aus dem Bereich der Medizin, der Pflege und der Sozialarbeit.

Die Ziele umfassen die Abstimmung der Betreuung auf der jeweiligen Station, eine Organisation der Entlassung und bei Notwendigkeit einer Übernahme auf die Palliativstation. Neben der Tätigkeit im Krankenhaus berät das Team des PKD ebenfalls ÄrztInnen, Pflegepersonal, PatientInnen und Angehörige in anderen Krankenanstalten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2014: 22).

### 3.2 Die Erhebungsmethode

Als Erhebungsmethode dienen das leitfadengestützte Interview nach Flick und die offene Beobachtung nach Lamnek.

Im Vorfeld der Interviews erfolgt die Adaptierung des in der Projektgruppe erarbeiteten Interviewleitfadens und die Einarbeitung von Unterfragen, die für die Forschungsfrage relevant sind. Der in der Projektgruppe gemeinsam erstellte Beobachtungsleitfaden dient der Strukturierung der Beobachtung.

Mein Forschungsanliegen ist es, mithilfe dieser Erhebungsmethoden die individuelle Sicht der InterviewpartnerInnen zur Interdisziplinarität zu befragen bzw. ihr Handeln im interdisziplinären Team zu beobachten.

Die Interviews finden als Dialog zwischen InterviewerInnen und Interviewten statt. Flick definiert das Leitfadeninterview als nicht standardisierte Befragung. Die Interviewfragen sind möglichst offen formuliert, so dass die Interviewten die Möglichkeit haben, ausführlich zu

antworten. Gezieltes Nachfragen dient dazu, das spezifische Wissen der Interviewten zu eruieren (vgl. Flick 2014:113).

Bei der offenen Beobachtung nach Lamnek treten die BeobachterInnen explizit als ForscherInnen auf. Das soziale Feld kennt den Zweck der Anwesenheit der ForscherInnen. Dies impliziert für Lamnek jedoch keineswegs, dass die beobachteten Personen genau wissen, welche Ziele mit der Forschung verfolgt werden (vgl. Lamnek 2016:526ff). Die Rolle als Beobachterin ist die einer Teilnehmerin am Geschehen, ohne aber in das Geschehen vollständig integriert zu sein. Damit wird das Risiko vermindert, Selbstverständlichkeiten zu übersehen (vgl. Lamnek 2016:542).

Die Beobachtung erfolgt durch die Begleitung der Sozialarbeiterinnen während eines ganzen Arbeitstages.

### **3.3 Datenauswertung**

Die Transkription der mit Tonband aufgezeichneten Interviews dient als erster Schritt der Datenauswertung. Die Beobachtungen sind mithilfe des Beobachtungsleitfadens schriftlich festgehalten. Auf Basis des inhaltsanalytischen Verfahrens nach Kelle und Kluge erfolgt die Auswertung der auf diese Weise gewonnenen Daten. Ziel dieses Verfahrens ist es, Sachverhalte, die aus relevanten Daten bestehen, zusammenzutragen.

Die Auswertung erfolgt durch eine übersichtlich zusammengestellte, interpretative Analyse der Rohdaten. Im Zuge der qualitativen Theoriebildung werden Kategorien einzelnen Textsegmenten zugeordnet (vgl. Kelle / Klug 2010:56). Der Fokus liegt auf dem empirisch fundierten Alltagswissen. Ausgangspunkt für die Kategorien sind die Themen, die im Interviewleitfaden angesprochen werden (vgl. ebd. 59).

Im Zuge meiner Auswertung tauchten Fragen auf. Im Rahmen eines zirkulären Forschungsprozesses kontaktierte ich die InterviewpartnerInnen nochmals. Mit einer der beiden InterviewpartnerInnen fand ein zweites Interview statt. Ein an die Auswertung anschließender E-Mail Verkehr klärte noch auftretende Fragen.

## 4 Darstellung der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel erfolgt die kategorisierte Darstellung der Ergebnisse auf Basis der in den Interviews angesprochenen Themen.

Dabei ergibt sich die Unterteilung einer idealtypischen interdisziplinären Arbeitsweise unter den Aspekten struktureller, interpersoneller und individueller Voraussetzungen. Den Abschluss des Kapitels bildet eine Zusammenschau der Ergebnisse.

### 4.1 Strukturelle Voraussetzungen

#### 4.1.1 Klare Aufgabenverteilung

Aus der Analyse der Interviews ergibt sich die Notwendigkeit einer klaren Aufgabenaufteilung im interdisziplinären Team. Die Aufgaben im PKD unterscheiden sich für die Interviewpartnerinnen nicht wesentlich von den Aufgaben im Team auf der Palliativstation, dem sie ebenfalls angehören. Ein wesentlicher Unterschied besteht darin, dass im PKD die direkte Beratung von Behandlungsteams in anderen Krankenhäusern oder auf Stationen hinzukommt. Zu den zentralen Aufgaben der Sozialen Arbeit zählen die Sozialanamnese beim direkten PatientInnenkontakt, die Koordination der notwendigen Hilfsmaßnahmen, Moderationen bei Angehörigengesprächen, Angehörigenberatung und das Entlassungsmanagement (vgl. T23: Z 23-43).

#### **- Sozialanamnese und Angehörigenberatung**

Im sozialanamnestischen Gespräch mit den PatientInnen geht es den Sozialarbeiterinnen darum, eine Bestandsaufnahme zur Situation der PatientInnen vorzunehmen und ihre Wünsche, die Zukunft betreffend, zu erfragen. In einem weiteren Schritt ist es das Anliegen der Sozialarbeit, die Wünsche der PatientInnen mit jenen ihrer Angehörigen abzugleichen, die Weiterversorgung nach der Entlassung und die Finanzierung notwendiger mobiler Dienste zu besprechen. Den Sozialarbeiterinnen ist es wichtig, dass die Vorstellungen der PatientInnen mit jenen der Angehörigen übereinstimmen und sie gegebenenfalls vermitteln (vgl. T22: Z 67-70, Z 80-89, T23: Z 49-68).

#### **- Moderation**

Die Moderation bei Gesprächen mit den Betreuungsteams, bei den PatientInnengesprächen und Angehörigenberatungen liegt im PKD in der Hand der Sozialarbeiterinnen. Es ist ihnen

wichtig, festzuhalten, dass dies in Absprache mit den anderen Professionen erfolgt (vgl. T22: Z 12-15).

### **- Koordination**

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass die Soziale Arbeit im Team die Koordination der PatientInnenkontakte im PKD-Team übernehmen. Soziale Arbeit hat dabei eine Schnittstellenfunktion (vgl. T21: Z 340-351). Im PKD-Team bedeutet es vor allem die Koordination der Termine mit dem Behandlungsteam in den anderen Krankenhäusern, wie auch die Termine mit PatientInnen und Angehörigen zu übernehmen (vgl. T22: Z 9-12). Die Aufgabe der Koordination bedeutet nach Ansicht der Sozialarbeiterinnen, dass sie den Überblick über die aktuelle PatientInnenarbeit im PKD haben. Mitunter übernehmen Sozialarbeiterinnen Aufgaben, für die sich sonst niemand zuständig fühlt, wie folgendes Zitat zeigt:

*„Also es gibt dann schon auch klassisch sozialarbeiterisch, aber es gibt dann schon auch noch diesen Graubereich, wo man sagt, wer ist jetzt da zuständig. Und da ist oft einmal die Sozialarbeit, die das da wieder übernimmt, bzw. dann auch den Überblick bewahrt, wer ist grad wo dabei.“ (T22: Z 67-69)*

Ein Beispiel der Koordination sind HelferInnenkonferenzen, bei denen VertreterInnen anderer Hilfsorganisationen, aber auch Angehörige zur Planung der Weiterversorgung eingeladen werden. HelferInnenkonferenzen organisiert und führt ausschließlich die Sozialarbeit durch. Aus der Analyse der offenen Beobachtung ergibt sich, dass die Expertise für die Organisation und Koordination von HelferInnenkonferenzen vor allem bei schwierigen PatientInnen der Sozialarbeit zugeschrieben werden (vgl. B2: Z 23, B3: Z 25-33).

### **- Entlassungsmanagement**

Zu den zentralen Aufgaben der Sozialen Arbeit im PKD zählen, den Interviewpartnerinnen zufolge, das Entlassungsmanagement (vgl. T22: Z 67). Im Zuge des Entlassungsmanagements planen die SozialarbeiterInnen die Weiterversorgung. Sie informieren über Betreuungs- und Beratungsangebote und über die sozialrechtliche Situation. Im Zuge der Arbeit im PKD entscheidet das Team, ob die PatientInnen nach Hause entlassen werden oder ob eine Aufnahme auf der Palliativstation im Krankenhaus sinnvoller ist. Bei geplanten Übernahmen ist die Sozialarbeit für die Koordination und die Organisation der Übernahme zuständig (vgl. T22: Z 4-9, Z 199-203). Aus der offenen Beobachtung ergibt sich der Befund, dass vor allem bei schwierigen PatientInnen, wie Wohnungslosen, die Expertise der Sozialarbeit gefragt ist. Diese beruft eine HelferInnenkonferenz für ein gelingendes Entlassungsmanagement ein (vgl. B3: Z 35-38).

Die Ergebnisse aus der Analyse der Interviews stimmen mit der Aufgabenbeschreibung von SozialarbeiterInnen in Palliativteams überein. Im Berufsprofil von SozialarbeiterInnen ist festgehalten, dass diese Dienstleistungen in Form von Beratung, Information, Vermittlung von internen und externen Ressourcen und deren Vernetzung für PatientInnen und deren Angehörige anbieten. Wesentliche Punkte sozialarbeiterischen Handelns sind die Beratungs-, Vernetzungs- und Koordinationsfunktion (vgl. Student / Mühlhum / Student 2007:114f). Der Dachverband „Hospiz in Österreich“ hält die Funktionen der Sozialarbeit für das interdisziplinäre Team so fest, dass er von der Schnittstellen- und Koordinationsfunktion der Sozialarbeit spricht (vgl. Dachverband Hospiz 2003). Wasner betont bezüglich der Schnittstellenfunktion Sozialer Arbeit, dass diese vor allem im Bereich von Hospiz und Palliative Care im Besonderen zum Tragen kommt. Im ganzheitlichen Betreuungskonzept von Palliative Care und Hospiz scheint die soziale Dimension auf, für die die Soziale Arbeit die Expertise hat. Wasner sieht zudem in schriftlich festgehaltenen Stellenprofilen Sozialer Arbeit den Vorteil, dass berufliches Handeln abgestimmt ist, mit dem Auftrag, den Soziale Arbeit im Bereich Palliative Care leisten soll (vgl. Wasner 2014:234ff).

Die Analyse der Interviews zeigt, dass die interviewten Sozialarbeiterinnen die ihnen im Berufsprofil zugeschriebenen Aufgaben wahrnehmen und übernehmen. Es scheint, dass die von Wasner beschriebene Expertise für die soziale Dimension, die sich aus den Aufgaben der Betreuung ergeben, der Sozialarbeit zugeschrieben und von dieser auch übernommen wird.

#### **4.1.2 Strukturelle Verankerung der Profession „Soziale Arbeit“**

Die Auswertung der Interviews zeigt die Betonung des hohen Stellenwerts Sozialer Arbeit im PKD, aber auch auf den anderen Stationen im Krankenhaus. Für die Interviewpartnerinnen ergibt sich der hohe Stellenwert Sozialer Arbeit durch die im Konzept des Ministeriums für Gesundheit festgeschriebene Zugehörigkeit von SozialarbeiterInnen und deren Stellenfinanzierung in den Palliativteams, sowohl im mobilen als auch im stationären Bereich. SozialarbeiterInnen sind somit bei Besprechungen und PatientInnenkontakten selbstverständlich dabei (vgl. T21: Z 543-546). Durch die strukturelle Verankerung Sozialer Arbeit ergibt sich für die Interviewpartnerinnen auch Klarheit hinsichtlich ihrer Aufgaben. Die Vermutung liegt nahe, dass die Abgrenzung bei ungleicher Aufgabenverteilung leichter gelingt (vgl. T21: Z 706-713). Die Interviewpartnerinnen betonen die Selbstverständlichkeit, mit der die anderen Berufsgruppen Soziale Arbeit als eine unverzichtbare Berufsgruppe sehen (vgl. T23: Z 247-259). Als Vorteil erlebt eine der Interviewpartnerinnen, dass die

Pflegedienstleitung, die die Vorgesetzten der KliniksozialarbeiterInnen sind, Soziale Arbeit als Profession im Kontext des Krankenhauses ebenfalls als unersetzbar wahrnimmt und hinter den SozialarbeiterInnen steht (vgl. T23: Z 426-430). Die Ergebnisse aus den Interviews unterstreichen die Ergebnisse im Zuge der offenen Beobachtung im Krankenhaus. Die Expertise von SozialarbeiterInnen ist gefragt. Pflegepersonal und ÄrztInnen fragen SozialarbeiterInnen, wenn es um Fragestellungen bezüglich schwieriger privater Lebenslagen geht. Die Beobachtungen lassen vermuten, dass SozialarbeiterInnen ein ExpertInnenstatus zukommt, wenn es um schwierige soziale Lebenslagen geht und die damit notwendige Koordination und Organisation von Betreuungsangeboten (vgl. B3: Z 53-59).

Die Analyse der Interviews und die Beobachtungen zeichnen ein anderes Bild Sozialer Arbeit als das, welches Wasner in ihren Beschreibungen Sozialer Arbeit im Bereich von Palliative Care in Deutschland zeichnet. Für Wasner hat Soziale Arbeit im Feld der Palliative Care noch immer damit zu kämpfen, mit ihren Stärken des professionellen Zugangs wahrgenommen zu werden. In Deutschland ist Soziale Arbeit nicht unabdingbarer Bestandteil palliativer Versorgungsstrukturen. Soziale Arbeit zählt für die Autorin zu den am meisten unterschätzten Professionen in der Palliativversorgung (vgl. Wasner 2014:23). Student und Mühlhum sehen in der Festlegung auf ein Berufsprofil Sozialer Arbeit in der Palliativversorgung einen Vorteil, den SozialarbeiterInnen in Österreich gegenüber ihren deutschen KollegInnen haben. Im Berufsprofil sind verbindliche Regelungen und Aufgaben festgehalten (vgl. Student / Mühlhum / Student 2007:114ff). Stadlmann, die am Berufsprofil mitgearbeitet hat, sieht in Arbeitsplatz- und Stellenbeschreibungen die Voraussetzungen dafür gegeben, dass Soziale Arbeit als unverzichtbare Profession wahrgenommen wird (vgl. Stadlmann 2007:97).

Verbindlich festgeschriebene Regelungen und Aufgaben unterstützen die strukturelle Verankerung und damit verbundene selbstverständliche Einbindung Sozialer Arbeit im Bereich der Palliativversorgung. Wider fordert erfolgreiche, interdisziplinäre Zusammenarbeit, bei der Soziale Arbeit sich gegenüber anderen Professionen abgrenzt und ihre Zuständigkeitsbereiche innerhalb von Organisationen in den Vordergrund rückt (vgl. Wider 2013:13). Eine strukturelle Verankerung Sozialer Arbeit entspricht dieser Forderung.

#### **4.1.3 Zeitliche Ressourcen**

Aus der Analyse der Interviews ergibt sich die Bereitstellung zeitlicher Ressourcen als notwendige strukturelle Voraussetzung für das Gelingen interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Ressourcen sind, nach Definition des Wörterbuchs für Psychologie, alle persönliche Kompetenzen aber auch äußere Handlungsmöglichkeiten, die es ermöglichen, Situationen zu beeinflussen. Ressourcen reduzieren unangenehme Einflüsse, sowohl innere als auch äußere (vgl. Lexikon der Psychologie 2018). Im Zuge der Diskussion zur Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit führt Dettmann an, dass Ressourcen die Grundlage für die Handlungsfähigkeit eines Individuums bilden. Jeder Mangel an Ressourcen führt zur Einschränkung der Handlungsmöglichkeiten. Ressourcen sind für sie materielle und nichtmaterielle Mittel zur Erreichung von Zielen (vgl. Dettmann 2017:77f).

Als wesentliche Voraussetzung gelingender interdisziplinärer Zusammenarbeit definieren die Interviewpartnerinnen die zeitlich festgelegten Termine für die Teambesprechungen. Für eine der beiden Interviewpartnerinnen ist die gemeinsame Teambesprechung im PKD eine Voraussetzung, um den Tag im Team gemeinsam gut zu strukturieren und zu planen (vgl. T23: Z 34-38). Für beide Interviewpartnerinnen ist es unumgänglich, dass sich jede der drei Berufsgruppen im PKD für die gemeinsame Morgenbesprechung Zeit nimmt. Die Ergebnisse aus den Interviews decken sich mit den Ergebnissen der offenen Beobachtung. Für alle drei Berufsgruppen ist die morgendliche Teambesprechung fester Bestandteil. Wenn eine Berufsgruppe sich verspätet, warten die anderen (vgl. B2: Z 4-8).

Es liegt die Vermutung nahe, dass Besprechungen im PKD notwendig sind, um die Zeiten für gemeinsame PatientInnenbesuche im Krankenhaus selbst, aber auch die Besuche in den anderen Krankenhäusern, die das PKD Team mitbetreut, zu koordinieren. Aus den Interviews geht hervor, dass es eine Erleichterung für alle Berufsgruppen ist, dass die gemeinsamen Teambesprechungen zu einem vereinbarten Zeitpunkt stattfinden und fest in den Tagesablauf des Arbeitstages aller drei Berufsgruppen integriert sind (vgl. T23: Z 44-52, T22: Z 126-132). Als wichtige Komponenten erfolgreicher interdisziplinärer Zusammenarbeit sehen die Interviewpartnerinnen, dass ausreichend Zeit für Besprechungen mit den Behandlungsteams in den anderen Krankenhäusern zur Verfügung steht. Zeitliche Ressourcen vor den PatientInnenkontakten zur Verfügung gestellt zu bekommen, gewährleistet, dass die PatientInnenbetreuung gelingt (vgl. T22: Z 137-141). Als einen großen Vorteil in der Palliativversorgung sehen die interviewten Sozialarbeiterinnen, dass für die direkte Arbeit mit den PatientInnen auf der Palliativstation für alle Berufsgruppen mehr Zeit zur Verfügung steht als auf anderen Stationen. Dies trifft auch bei Besuchen des PKD in anderen Krankenhäusern zu (vgl. T22: Z 137). Den Wunsch, auf anderen Stationen ebenfalls diese zeitlichen Ressourcen zur Verfügung zu haben, äußert eine der beiden Interviewpartnerinnen explizit (vgl. T23: Z 481-486). Für die Soziale Arbeit wünscht sich eine der Interviewpartnerinnen ein

höheres Stundenausmaß für die Arbeit im PKD. Von allen drei Berufsgruppen haben die SozialarbeiterInnen das geringste Stundenausmaß für den PKD zur Verfügung (T23: Z 370-379).

Die Meinungen der Interviewpartnerinnen zur Bedeutung zeitlicher Ressourcen sowohl für Teambesprechungen als auch für die direkten PatientInnenkontakte decken sich mit den Beobachtungen von Wider. Für Wider stellt ausreichend zeitliche Ressourcen für die gemeinsame Abstimmung im Team zur Verfügung zu haben, eine der strukturell-organisatorischen Voraussetzungen für gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit dar (vgl. Wider 2013:12).

Ebenfalls hält Stadlmann in ihrer Arbeit „Soziale Arbeit im interdisziplinären Palliative Care Team“ fest, dass zeitliche Ressourcen für Koordination, Teamentwicklungen, Gespräche und gegenseitigen Austausch untereinander notwendig sind. Es bedarf ihrer Meinung nach struktureller Maßnahmen, damit ausreichend zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen (vgl. Stadlmann 2009:97). Zeitliche Ressourcen ermöglichen die Erweiterung der eigenen Handlungsmöglichkeiten und der im Team und stellen somit eine Grundvoraussetzung gelingender Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen dar.

#### **4.1.4 Maßnahmen zur Qualitätssicherung**

Die Interpretation der Interviews zeigt die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Qualitätssicherung, damit interdisziplinäre Zusammenarbeit gelingt. Die Qualität der Zusammenarbeit im Team bleibt erhalten und kann noch verbessert werden.

Das Lexikon für Soziale Arbeit definiert Qualität als ein Konstrukt, bei dem Personen sich in einem Vorgang der Normsetzung auf Bewertungsmaßstäbe verständigen und diesen unter Einbeziehung ihrer Erwartungen auf einen Gegenstand oder Prozess beziehen. Qualität ist eine reflexive auf Diskurs verweisende Kategorie. Qualität setzt sich aus Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zusammen. Unter Strukturqualität werden die Rahmenbedingungen der Organisationen, unter Prozessqualität die Beschaffenheit bestimmter Aktivitäten zur Zielerreichung und unter Ergebnisqualität die Betrachtung des tatsächlichen Ergebnisses zusammengefasst (vgl. Kreft / Milenz 2017:762f).

Qualität in der Sozialen Arbeit ist somit ein diskursiver Vorgang, bei dem sich die Beteiligten auf Normsetzungen und Wertmaßstäbe einigen. In diesem Sinne scheinen die in den Interviews erwähnten täglich stattfindenden Teambesprechungen, die Möglichkeiten zur

Supervision und Intervision und die vierteljährlich stattfindenden Evaluationen substantielle Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung einer bestimmten Qualität im PKD zu sein.

#### - **Teambesprechungen und Intervisionen**

Die täglichen Teambesprechungen sehen die Interviewpartnerinnen als wichtige Einrichtung für den gegenseitigen Austausch an. Eine der Interviewpartnerinnen erwähnt explizit, dass seit Einführung der Teambesprechungen die Zusammenarbeit viel besser gelinge (vgl. T21: Z 664-669). Die Teambesprechungen dienen der Fallbesprechung einzelner PatientInnen. Diese Besprechungen erfolgen in Form von Intervisionen, bei denen Erfahrungen mit den PatientInnen ausgetauscht werden (vgl. T21: Z 290-300).

Besonders in emotional belastenden Situationen nutzen die Interviewpartnerinnen den Austausch im interdisziplinären Team (vgl. T21: Z 466-472). Es besteht der Wunsch, diese noch weiter auszubauen und eventuell mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung zu haben, um PatientInnenschicksale, die einem nahegehen, eingehender zu besprechen (vgl. T21: Z 587-592). Die auf diese Weise beschriebenen Intervisionen entsprechen der Definition Hartls (vgl. Hartl et al. 2018:39), wonach Intervisionen einen Austausch von Wissen und Erfahrungen ermöglichen. Intervisionen bieten für Hartl die Möglichkeit der Fallbesprechung, aber auch die Chance, die eigene Profession und Position im Team zu reflektieren.

#### - **Supervision**

Eine der Interviewpartnerinnen erwähnt, dass sie regelmäßig Einzelsupervision in Anspruch nimmt, vor allem um emotional belastende PatientInnenkontakte zu reflektieren (vgl. T21: Z 457-461). Im Zuge der offenen Beobachtung erzählt eine diplomierte Krankenschwester von einer relevanten Neuerung im Palliativteam, das sich mit dem PKD deckt. Seit einem Monat findet statt einer Supervision ein Coaching statt. Sowohl die anwesende Sozialarbeiterin als auch die diplomierte Pflegekraft erwähnen die guten und interessanten Erfahrungen mit dem Teamcoaching. Das Teamcoaching findet regelmäßig wie die Teamsupervision alle vier bis sechs Wochen statt (vgl. G1: Z 5-16). Eine der beiden Interviewpartnerinnen schreibt im Zuge des nach dem Interview stattgefundenen E-Mailverkehrs, dass im PKD keine eigene Supervision notwendig sei. Die Mitglieder des PKD decken sich mit jenen des Palliativteams (vgl. E1: Z 2-4).

Supervisionen dienen der Begleitung, Unterstützung und Reflexion von Arbeitsprozessen und der Verbesserung von Arbeitsprozessen. Supervisionen sind eine Form der psychosozialen Beratung, die bei der Klärung der beruflichen Identität im Kontext der KlientInnen, KollegInnen, aber auch Institutionen unterstützen und eine Steigerung der beruflichen Kompetenz

anstreben (vgl. Hartl et al. 2018:37). Das von den MitarbeiterInnen beschriebene Coaching scheint in die Richtung zu gehen, die berufliche Kompetenz der MitarbeiterInnen zu stärken.

#### - Evaluation

Evaluationen über die Arbeit finden einmal im Quartal statt. Die Interviewpartnerinnen beschreiben diese Quartalsbesprechungen so, dass sich VertreterInnen der drei Berufsgruppen zusammensetzen und sich austauschen, was in der Zusammenarbeit gut und was weniger gut funktioniert hat. Planungen für zukünftige strukturelle, organisatorische und inhaltliche Veränderungen erfolgen im Zuge dieser Quartalsbesprechungen (vgl. T23: Z 147-162). Ihr Anliegen ist es, einen Entwicklungsprozess im PKD-Team durch Evaluierungsgespräche sicherzustellen (vgl. T23: Z 44-52).

Der kontinuierliche Entwicklungsprozess, angeregt durch die Quartalsevaluierungen, ist als Motivationsfaktor für eine gute Zusammenarbeit, wie folgendes Zitat näher ausführt:

*„...und dass ma diese Strukturen auch permanent evaluiert. Also wir sind permanent dabei, etwas zu verändern, was zu adaptieren und darüber freut sich im ersten Moment nicht jeder. Das ist immer ein Prozess. Also wir probieren Dinge aus, wir evaluieren und wir verbessern. Da muss dann immer wieder schauen. Das ist auch der Ansporn dazu, dass ma gut zusammenarbeiten können, dass das so gut funktioniert und so lange.“ (T21: Z 680-688)*

Die strukturellen Voraussetzungen für gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit in Form qualitätssichernder Maßnahmen durch Inter- und Supervision, durch Teambesprechungen und Evaluationen stimmen mit den Forderungen von Kränzle überein. Menschen, die täglich mit den Themen Sterben, Tod und Trauer zu tun haben, brauchen eine psychische Stabilität, die sich immer neu aufladen muss. Niemand bleibt unberührt zurück, der sterbende Menschen und deren Angehörige begleitet. Kraftquellen in Form von regelmäßigen Teambesprechungen, Supervisionen und Evaluationen sollen ArbeitgeberInnen zur Verfügung stehen (vgl. Kränzle 2013:182).

## 4.2 Interpersonelle Voraussetzungen

Neben strukturellen Voraussetzungen gelingender, interdisziplinärer Zusammenarbeit bedarf es aber, den Ergebnissen aus den Interviews folgend, zwischenmenschlicher, sogenannter interpersoneller Voraussetzungen, ohne die die Zusammenarbeit nicht gelingt.

#### 4.2.1 Bereitschaft zur gemeinsamen Aufgabenverteilung

Aus der Analyse der Interviews geht hervor, dass die Interviewpartnerinnen es als wichtige interpersonelle Voraussetzung sehen, dass sich alle Teammitglieder gleichwertig in die Bewältigung der Aufgaben einbringen.

Bei allen Teammitgliedern im PKD ist die Bereitschaft vorhanden, die Aufgaben aufzuteilen und sie gemeinsam zu bewältigen. Eine der Interviewpartnerinnen betont, dass dieses Bewusstsein mit der Zeit gewachsen sei, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

*„Wobei, ich muss sagen, das hat sich einfach in den letzten Monaten sehr, sehr stark verbessert, weil jetzt einfach mehr von allen Teammitgliedern das Bewusstsein da ist, etwas zu übernehmen und mitzuarbeiten. Also ich glaube, mittlerweile verteilt es sich ganz gut auf die Berufsgruppen (...).“ (T22: Z 69-74)*

Mitunter kam es in der Vergangenheit zu Reibungspunkten, da bei einzelnen Teammitgliedern der Eindruck entstanden ist, dass einzelne Berufsgruppen sich zurücknehmen, weil sie andere Tätigkeiten priorisieren (vgl. T21: Z 283-290). Es scheint wichtig, Aufgaben gemeinsam aufzuteilen. Das Gespräch darüber, wer welche zeitlichen Ressourcen im Team zur Verfügung hat, erfolgt nach den Erstbesuchen bei den Behandlungsteams auf den Stationen, in den anderen Krankenhäusern und bei den PatientInnen, wenn offensichtlich ist, in welche Richtung die Betreuung geht (vgl. T21: Z 277-283).

Für eine erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit bedarf es der grundsätzlichen Bereitschaft in einem Team zu arbeiten. Eine der Interviewpartnerinnen betont in diesem Zusammenhang die grundsätzliche Bereitschaft, sich mit der anderen Berufsgruppe und deren Aufgaben auseinanderzusetzen (vgl. T23: Z 145-149). Im PKD ist die Bereitschaft zur Teamarbeit besonders gefordert, wenn Dokumentationen gemeinsam geschrieben werden, was folgendes Zitat verständlicher macht:

*„Gemeinsame Dokumentation ist auch so ein Thema. Haben wir jetzt noch alle drei Zeit, um uns hinzusetzen oder schreibt jeder seinen Teil und dann passt es nicht zusammen. Es ist einfach viel Abgleich notwendig. Also wenn ich denke, wenn ich wirklich ganz allein, ahm, also nur Sozialarbeit bedenke, dann habe ich meinen Tagesplan für mich und so muss ich immer noch an zwei andere auch noch denken.“ (T23: Z 134-139)*

Die gemeinsam verfasste Dokumentation ist ein Beispiel gelebter gemeinsamer Aufgabenverteilung.

Die Notwendigkeit der gemeinsamen Aufgabenverteilung verdeutlicht eine der beiden Interviewpartnerinnen, indem sie beschreibt, dass die Aufgabe einer guten Begleitung

schwerkranker und sterbender Menschen zu groß sei, um von einer Berufsgruppe allein bewältigt zu werden. Die Ansprüche und Anliegen der PatientInnen sind so vielfältig, dass es eines interdisziplinär arbeitenden Teams bedarf, um diesen gerecht zu werden (vgl. T21: Z 422-427). Die Interpretationen der Interviews decken sich mit den Beobachtungen während der Teambesprechung im PKD. Es scheint offensichtlich zu sein, welche Aufgaben den einzelnen Teammitgliedern in der PatientInnenbetreuung zukommen. In der Teambesprechung ist dennoch zu beobachten, dass die gemeinsame Aufgabe, die bestmögliche Betreuung der PatientInnen in der letzten Phase ihres Lebens, allen in gleicher Weise zukommt. Diese steht über den Einzelaufgaben der Betreuung. Eine der beiden Interviewpartnerinnen beschreibt es als „palliative Haltung“ aller Berufsgruppen, was das folgende Zitat näher ausführt:

*„Ja, also schon das sehr individuelle Eingehen auf den Patienten, sehr großen Respekt auch vor den Wünschen, Lebenswünschen zu haben. Wirklich hinzuschauen, was ist notwendig und sinnvoll und egal, welche Berufsgruppe es betrifft. So a gemeinsame Haltung(...)“ (T23: Z 526-529)*

Die Beschreibungen der Interviewpartnerinnen stimmen mit den Aussagen von Feichtner und Nagele überein. Die Autorinnen beschreiben, dass in interdisziplinär arbeitenden Teams bestehende Rollenbilder unscharf werden. Die Grenzen verschwimmen zugunsten eines gemeinsamen Strebens nach einem übergeordneten Ziel. Ziel ist es, den Wünschen von PatientInnen und von deren Angehörigen zu entsprechen. Betreuungs- und Therapiemaßnahmen richten sich nach den Bedürfnissen der PatientInnen und nicht nach hierarchischen Strukturen. Es versteht sich für die Autorinnen von selbst, dass eine gelingende, interdisziplinäre Zusammenarbeit eine enge überschneidende Zusammenarbeit aller Professionen verlangt.

Teams sind für die Autorinnen eine Gruppe von Menschen, die mit einer gemeinsamen Absicht zusammenarbeiten. Es geht in Teams nicht nur darum, am gleichen Strang zu ziehen, sondern am selben Ende des gleichen Strangs (vgl. Feichtner / Nagele 2014:33f).

Die Meinungen der Interviewpartnerinnen decken sich mit den Einschätzungen der Autorinnen, wonach eine gute Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen keine Berufsgruppe allein bewältigen kann (vgl. Kränzle / Schmid / Seeger 2013:19f).

#### **4.2.2 Bereitschaft zur gelebten Interdisziplinarität**

Die Interpretation der Interviews zeigt, dass neben der Bereitschaft zur gemeinsamen

Aufgabenverteilung es ebenfalls der Bereitschaft bedarf, Interdisziplinarität zu leben. Unter Interdisziplinarität verstehen die Interviewpartnerinnen ein „abgestimmtes Miteinander“. Die nähere Definition dieses Begriffs beschreibt folgendes Zitat:

*„Also im Gegensatz zur Multidisziplinarität. Es geht nicht nur darum, dass viele Berufsgruppen (lacht) irgendwie zu tun haben am Patienten, sondern es geht schon wirklich um ein abgestimmtes Miteinander. Und ich würde sagen, dass das bei uns wirklich gut funktioniert. Schon allein aufgrund der Tatsache, dass wir gemeinsam zum Patienten gehen, um wirklich alle dasselbe zu hören und wahrzunehmen, und nicht nur jeder geht einzeln hin und jeder schreibt seinen Bericht und fertig. Sondern es ist wirklich ein abgestimmtes Miteinander.“ (T23: Z 81-87)*

Entscheidend für die Interviewpartnerinnen ist die Bereitschaft sich gegenseitig als ExpertInnen zu sehen. In der Behandlungs- und Betreuungssituation der PatientInnen bringen sich alle Teammitglieder gleichwertig mit ihrer Fachexpertise ein. Hierarchie spielt im interdisziplinär arbeitenden Team keine Rolle mehr, sondern es geht um ein miteinander Arbeiten und ein voneinander Lernen. (vgl. T21: Z 241-245, T23: Z 87-92). Eine der Interviewpartnerinnen findet den bildhaften Vergleich mit einem Puzzle für die interdisziplinäre Zusammenarbeit, wie folgendes Zitat veranschaulicht:

*„Das ist für mich so wie ein Puzzle, wo jeder so seinen Beitrag leistet. Durch dieses Puzzlestück, das jeder dazugibt aus seiner Ecke heraus. Ergibt sich das dann, ergibt das dann ein ganzes Bild für mich.“ (T21: Z 243- 245)*

Aus der Analyse der Interviews geht hervor, dass sich die Interviewpartnerinnen, die den direkten Vergleich mit der Arbeit auf anderen Stationen haben, den Wunsch äußern, interdisziplinäre Zusammenarbeit auf andere Stationen zu übertragen (vgl. T23: Z 453-458). Die Interviewpartnerinnen beschreiben Interdisziplinarität im Sinne Beckers, Schoors und Sommers, wonach die Teammitglieder die enggesteckten Grenzen der eigenen Perspektive überwinden und ein tiefes Verständnis für die Sichtweise der anderen Disziplin gewinnen. Diese stellt keine Konkurrenz dar, sondern ist eine notwendige Ergänzung zur Bearbeitung eines komplexen Falls (vgl. Becker / Schoor / Sommer 2017:302). Die Interviewpartnerinnen scheinen mit der Einschätzung von Wasner übereinzustimmen. Die Autorin betont, dass aus dem Nebeneinander, wie es sonst im beruflichen Alltag üblich ist, im interdisziplinären Team ein Miteinander wird. Für Wasner beinhaltet dies den regelmäßigen Austausch untereinander. Im Miteinander und im Überwinden des eigenen Rollenselbstverständnisses finden die einzelnen Mitglieder zu einem Team zusammen (vgl. Wasner: 2014:76).

### 4.2.3 Gegenseitige Wertschätzung

Interdisziplinäre Zusammenarbeit gelingt, der Analyse der Interviews folgend, wenn eine wertschätzende Haltung gegenüber den anderen Berufsgruppen vorhanden ist. Wertschätzung bedeutet für die Interviewpartnerinnen, dass sich jede Berufsgruppe mit ihrer Expertise einbringt. Die Auswertung ergibt, dass eine wertschätzende Grundhaltung für die Interviewten mit Kommunikation zu tun hat. Es geht ihnen darum, wie Anliegen im Team kommuniziert werden (vgl. T21: Z 528-530). Für die Kommunikation im Team bedarf es des Bewusstseins, dass jede Berufsgruppe wertvolle Beiträge für die PatientInnenbetreuung liefern kann. Wertschätzung bedeutet neben dem Bewusstsein für die Kompetenzen der Berufsgruppen im Team Vertrauen und gegenseitigen Respekt (vgl. T23: Z 360-363).

Respekt hängt für die Interviewten wesentlich mit dem Wissen darüber zusammen, was die anderen Berufsgruppen in der PatientInnenbetreuung und im Team leisten (vgl. T23: Z 356-357). Folgendes Zitat verdeutlicht dies:

*„Ja, also, ich glaube, das habe ich eh schon gesagt: Wertschätzung is so a grundsätzlicher Respekt vor der anderen Berufsgruppe.“ (T23: Z 356-357)*

Die Wertschätzung füreinander zeigt sich während der Beobachtung bei der Teambesprechung. Es scheint selbstverständlich, dass sich die Berufsgruppe, die zu spät kommt, für ihr Zuspätkommen entschuldigt. Verspätungen kommen üblicherweise nicht vor (vgl. B2: Z 13). Zudem zeigt die Gesprächsatmosphäre im Team die wertschätzende Grundhaltung füreinander. JedeR bekommt ausreichend Sprechzeit. Eine Moderation scheint nicht notwendig, da die Teammitglieder im Gespräch aufeinander Rücksicht nehmen und interessiert nachfragen (vgl. B2: Z 38-39).

Wertschätzung gegenüber der anderen Berufsgruppe stellt für Seeger eine Grundvoraussetzung dar, um in einem interdisziplinären Team zu arbeiten (vgl. Seeger 2013:185). Wertschätzung ist, Müller und Kern zufolge, getragen von der Einstellung, den anderen als Person zu akzeptieren. Vor allem in schwierigen Gesprächssituationen im Team geht es um die grundlegende Haltung, dem anderen zu vermitteln, dass die Ideen, Gedanken und Gefühle des Gegenübers akzeptiert sind. Diese Einstellung hat nichts mit Gesprächstechniken zu tun, sondern es ist eine Sprache der gegenseitigen Annahme, die getragen ist von einer Haltung der Wertschätzung und des Respekts (vgl. Müller / Kern 2008:91f).

### 4.3 Individuelle Voraussetzungen

Entscheidend für das Gelingen interdisziplinärer Zusammenarbeit, nach Analyse der Interviews, sind die Personen und ihre individuellen Voraussetzungen selbst, die jedenfalls einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg von Interdisziplinarität leisten.

#### 4.3.1 Fachliche Kompetenz

Die Interpretation der Interviews zeigt, dass sich die Sozialarbeiterinnen durch eine hohe fachliche Kompetenz auszeichnen. Fachliche Kompetenz besteht für sie aus einer hohen psychosozialen Beratungskompetenz, aus einer grundlegenden Kommunikationskompetenz und aus einem Wissen in Bezug auf sozialrechtliche Fragestellungen.

##### - Psychosoziale Beratungskompetenz

Die beiden Interviewpartnerinnen sehen ihre Stärke in der psychosozialen Beratung der PatientInnen. Für sie liegt die psychosoziale Kompetenz darin, dass sie den PatientInnen und ihren Angehörigen auf Augenhöhe begegnen. Ein Beispiel dieser Begegnung auf Augenhöhe ist, nach Visiten nachzufragen, ob die PatientInnen alles verstanden haben. SozialarbeiterInnen fungieren mitunter als BrückenbauerInnen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen und deren Angehörigen (vgl. T21: Z 203-214). In diesem Zusammenhang betonen sie, dass in den Palliativteams eine andere Haltung vorherrscht und ÄrztInnen versuchen, den PatientInnen möglichst ausführlich ihre Situation zu schildern (vgl. T21: Z 219-225). Die psychosoziale Kompetenz der Sozialen Arbeit drückt sich ebenfalls darin aus, dass SozialarbeiterInnen den Menschen in seiner Gesamtheit sehen und sich mitunter um PatientInnenanliegen kümmern, für die die ÄrztInnen und das diplomierte Pflegepersonal keine ausreichenden Zeitressourcen haben (vgl. T21: Z 422-427). Der Beziehungsaufbau zu den PatientInnen beinhaltet für die Sozialarbeiterinnen einerseits die notwendigen Informationen bezüglich des Entlassungsmanagements bereitzustellen, andererseits diese auch sensibel und im Bewusstsein der Schwere der Situation weiterzugeben. Psychosoziale Beratungskompetenz heißt für die interviewten Sozialarbeiterinnen, sich dessen bewusst zu sein, dass sich Menschen in der terminalen Phase ihres Lebens befinden (vgl. T21: Z 57-89, T23: Z 260-268).

Eine der beiden Sozialarbeiterinnen betont den psychosozialen Beratungsschwerpunkt der Ausbildung zur SozialarbeiterIn. Psychosoziale Beratung beinhaltet für sie, ob es die

psychische Verfassung der PatientInnen zulässt, über soziale Umstände, die sie betreffen, zu reden. SozialarbeiterInnen sind ihrer Meinung nach am besten geeignet für die Beratung, sind sich dessen aber zu wenig bewusst (vgl. T21: Z 641-643).

#### **- Kommunikationskompetenz**

Die Analyse der Interviews zeigt, dass neben der psychosozialen Beratungskompetenz vor allem eine Kommunikationskompetenz eine individuelle Voraussetzung für gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit ist. Entscheidend ist für die Sozialarbeiterinnen, wie die Anliegen im Team kommuniziert werden. Kommunikationskompetenz bedeutet, sich des eigenen Kommunikationsverhaltens bewusst zu sein. Dazu zählt für die Sozialarbeiterinnen eine Reflexion darüber, wie sie selbst kommunizieren und wie sie ihre Anliegen im Team einbringen. Unterstützend dabei ist es, zu unterscheiden, ob eine Rückmeldung an eine bestimmte Person erfolgt oder an eine bestimmte Berufsgruppe. Unerlässlich ist es für die Sozialarbeiterinnen, Fortbildungen zu besuchen, die das eigene Kommunikationsverhalten schulen. Die Interviewpartnerinnen betonten die hohe Kommunikationskompetenz in den Palliativteams, sowohl im Team selbst als auch gegenüber den PatientInnen (vgl. T21: Z 606-633, T23: Z 199-205).

#### **- Sozialrechtliche Kompetenz**

Neben der Kommunikations- und Beratungskompetenz zählt für die Sozialarbeiterinnen das Wissen um sozialrechtliche Fragestellungen zu den Kernkompetenzen Sozialer Arbeit (vgl. T21: Z 185-192, T23: Z 285-309). Sozialrechtliche Kompetenz beinhaltet das Wissen um mobile Dienste und Beratungsangebote, Kenntnisse über die rechtliche Situation und das Wissen um Antragstellung und Finanzierung von Leistungen, wie folgendes Zitat veranschaulicht:

*„Ja, gute Kenntnisse über die Einrichtungen, die es gibt. Und auch Kenntnis darüber, wo kriege ich Hilfe woher. Das auch zu vermitteln. Über die Rechtsgrundlagen und die Finanzierung Bescheid wissen, weil ich kann nicht jemandem was vermitteln, wenn ich nicht weiß was es kostet. Und da up to date zu bleiben und auch geschickt zu sein und zu wissen, wann ist was wichtig.“ (T23: Z 303-309)*

Die Interpretation der Interviews zeigt, dass die Sozialarbeiterinnen ein hohes Bewusstsein für die eigene Profession und die Unersetzbarkeit der Profession Soziale Arbeit im PKD haben. Die Ergebnisse der offenen Beobachtung verdeutlichen, dass einerseits eine Kompetenzzuschreibung von außen erfolgt, andererseits die SozialarbeiterInnen diese durch ihr Auftreten und ihr Handeln vermitteln (vgl. B2: Z 21, Z 57-60).

Die Analyse zeigt, dass sich die selbstzugeschriebenen Kompetenzen der SozialarbeiterInnen mit jenen im Berufsprofil decken. Dieses legt schon im ersten Punkt sozialarbeiterischen Handelns in Palliative Care die psychosoziale Begleitung fest (vgl. Student / Mühlum / Student 2007:214). Forster konstatiert ebenfalls, dass Soziale Arbeit mit ihrem Postulat „im Mittelpunkt der Mensch“ einen unverzichtbaren Beitrag im Handlungsfeld Palliative Care leistet (vgl. Forster 2014:127). PatientInnen und deren Angehörige sind durch die Auseinandersetzung mit einer schweren Erkrankung mit sozialrechtlichen und finanziellen Fragestellungen konfrontiert. Hier stimmen die Ergebnisse der Interviews mit der Meinung Wagners überein, wonach Soziale Arbeit einen entscheidenden Anteil zur Klärung offener sozialrechtlicher Fragestellungen leistet (vgl. Wagner 2014:122).

Kommunikation in interdisziplinären Teams gelingt im Bewusstsein der eigenen Fähigkeiten, der persönlichen Fachkompetenz, aber auch der eigenen Grenzen. (vgl. Aulbert / Klaschik / Pichlmaier 2002:292). Diese Auffassung von Kommunikationskompetenz scheinen die Interviewpartnerinnen zu teilen.

#### 4.3.2 Empathie

Empathie als Einfühlungsvermögen verstanden, kommt als Haltung in der Arbeit im PKD sowohl im Kontakt mit den PatientInnen als auch im gegenseitigen Austausch mit den KollegInnen zum Tragen. Empathie heißt für die Interviewpartnerinnen, ein sensibles Gespür für die Menschen in dieser sensiblen Lebensphase zu entwickeln (vgl. T21: Z 172-174). Für die Interviewpartnerinnen scheint es wichtig, dass alle im Team dieses Einfühlungsvermögen gegenüber den PatientInnen haben, wie folgendes Zitat näher ausführt:

*„Und ich meine, was die Pflegenden und Ärzte, das sind alle, die bei uns im PKD sind, das ist schon so eine warmherzige Art und auch, ja, einfach Empathiefähigkeit, sage ich jetzt einmal.“ (T23: Z 205-207)*

Im Team bedarf es der Empathie, wenn der Tod von PatientInnen einzelne Teammitglieder mehr berührt, weil sie den PatientInnen nahestanden. Empathisches Verstehen ist in der gemeinsamen Intervention für die Bewältigung von belastenden Situationen hilfreich (vgl. T21: Z 477).

Empathie als Einfühlungsvermögen verstanden, nimmt im Selbstverständnis Sozialer Arbeit einen zentralen Platz ein. Im internationalen Ethikcode über das berufliche Verhalten von SozialarbeiterInnen ist festgehalten, dass sie den Menschen, die ihre Dienste nutzen, mit

Einfühlungsvermögen. Achtsamkeit und Mitgefühl begegnen (vgl. IFSW 2005). Die Vermutung liegt nahe, dass sie das geforderte Ideal der Haltung von SozialarbeiterInnen sowohl gegenüber den PatientInnen als auch im Team leben.

#### **4.3.3 Selbstbewusstsein**

Eine selbstbewusste Haltung erscheint den Interviewpartnerinnen als individuelle Voraussetzung für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit deshalb wichtig, weil es im Team mitunter darum geht, selbstbewusst in den Vordergrund zu treten und die eigene Sicht einzubringen (vgl. T21: Z 340-343). Einer selbstbewussten Haltung und eines damit verbundenen starken Auftretens bedarf es vor allem im PKD in anderen Krankenhäusern. In der Vergangenheit wussten die Behandlungsteams in den anderen Krankenhäusern nur vage über die Leistungen des PKD Bescheid. Hier ging es den Interviewpartnerinnen darum, selbstbewusst aufzutreten und die Leistungen des PKD zu kommunizieren. Dazu zählt zum Beispiel, in ÄrztInnenbesprechungen zu gehen und die Arbeit zu präsentieren (vgl. T23: Z 152-162).

Selbstbewusstsein hat unter anderem mit der eigenen Persönlichkeit zu tun. In diesem Zusammenhang erwähnt eine der Interviewpartnerinnen das geringe Selbstbewusstsein des diplomierten Pflegepersonals, unter denen einzelne ihr Potential zu wenig zur Geltung bringen. Die zu bescheidene Haltung kennt sie ebenfalls von SozialarbeiterInnen (vgl. T23: Z 393-398). Das geringe Selbstbewusstsein, mit dem SozialarbeiterInnen mitunter auftreten, hat für Krenz mit der Tatsache zu tun, dass Soziale Arbeit und mit ihr die SozialarbeiterInnen im Krankenhaus als systemfremd erlebt werden. Ausschlaggebend ist die Selbstdarstellung Sozialer Arbeit im Gesundheitsbereich allgemein, aber auch im Bereich von Hospiz und Palliative Care. Soziale Arbeit tritt zu wenig in Erscheinung (vgl. Krenz 2013:57f). Den Einschätzungen der Autorin widersprechen die Befunde aus den Interviews, die der Sozialen Arbeit im Krankenhaus eine sehr gute Stellung attestieren. Es scheint auf der Vorgesetztenenebene anerkannt zu sein, was Soziale Arbeit leistet. Aus der Analyse der Interviews lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass dies wesentlich mit dem Selbstbewusstsein der SozialarbeiterInnen zu tun hat. Diese scheinen die Notwendigkeit zu sehen, ihre Tätigkeit, wenn nötig, immer und immer wieder zu erklären und sich selbst in den Vordergrund zu stellen (vgl. T23: Z 423-430).

#### 4.3.4 Humor

Die Interpretation der Interviews ergibt, dass Humor sowohl im Team als auch in der direkten Interaktion mit den PatientInnen und deren Angehörigen eine wichtige Rolle spielt. Humor wird als gemeinsames Lachen definiert, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

*„Ja und manches Mal a bissl Zeit für Humor (...) im Team. Auch mit den PatientInnen und Angehörigen. Also wir haben schon auch lustige Gespräche, wo ma nicht glaubt, dass es auch lustig sein kann. Also ich habe auch schon einmal unkontrollierbar gelacht in einem Gespräch. Also es entspannt (...). (T23: Z 361-365)*

Mit Sinn für Humor, so zitiert Proksch in ihren Ausführungen zu „Humor und Lachen in der Pflege“ William Franklin, ist es leichter, das Unpassende zu übersehen, das Unübliche zu verstehen, das Unangenehme zu tolerieren, mit dem Unterwarteten fertig zu werden und das Unerträgliche zu überstehen (vgl. Franklin 1918: zit. in: Proksch 2013:217).

Humor ist für die Autorin eine Haltung zum Leben und somit auch zum Sterben als letztem Teil des Lebens. Sie plädiert für Humor als unverzichtbarem Bestandteil in der Pflege von schwerkranken und sterbenden Menschen.

Lachen als die menschliche Fähigkeit, Humor auszudrücken, zeigt vor allem in der Gemeinschaft mit anderen seine Wirkung. Die Autorin plädiert für einen humorvollen Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen, da das gemeinsame Lachen das Schmerzempfinden reduziert und von Angst, Wut und Anspannung entlastet. Lachen ist ein Grundbedürfnis jedes Menschen (vgl. Proksch 2013:217ff). Den Interviewpartnerinnen scheint es wichtig, dieses Grundbedürfnis des gemeinsamen Lachens sowohl im Umgang mit PatientInnen als auch im Team zu leben. Die Vermutung liegt nahe, dass für die Interviewten Humor die Anspannung im Team wie auch bei den PatientInnen abzubauen hilft.

#### 4.3.5 Selbstfürsorge

Eine weitere notwendige Voraussetzung ist, ausreichend für sich selbst Sorge zu tragen. Für die Interviewpartnerinnen heißt dies gegebenenfalls Einzelsupervision einzufordern und in Anspruch zu nehmen (vgl. T21 Z 457-461). Unterstützend bei der Selbstfürsorge ist das Tragen des weißen Mantels, wie im Interview folgendermaßen beschreiben:

*„Ahmm, ja, also, mir hilft der Mantel sehr stark. Das is so, muss ich sagen, das is so mein primäres Hilfsmittel. Also ich zieh da in der Früh den Mantel an. Und ich kann, ich würde auch kein Patientengespräch oder Angehörigengespräch führen, ohne diesen Mantel anzuhaben. Ah und den hänge ich auch wieder bewusst am Abend wieder dahin und gehe mit meinem Gewand raus. Also ich lasse es ein Stück weit da.“ (T21: Z 447-451)*

Für die Interviewpartnerinnen bedeutet Selbstfürsorge, für sich selbst etwas Gutes tun. Dazu zählt ihre private Zeit bewusst zu genießen. Hilfreich ist es für die Interviewpartnerinnen, die Arbeit als sinnstiftend zu erleben (vgl. T23: Z 216 -219).

Die Interviewpartnerinnen stimmen mit den Einschätzungen Farnangs (vgl. Farnang et al. 2013:206) überein, für die die Gesunderhaltung der MitarbeiterInnen in Palliative Care und in Hospizteams eine entscheidende Rolle spielt. Als hilfreich erachtet sie die Einstellung, den Anforderungen der Arbeit und des Lebens aus eigener Kraft begegnen zu können, sich gegebenenfalls Unterstützung zu holen und die eigene Arbeit als sinnstiftend zu erleben (vgl. Farnang et al. 2014:206ff).

#### **4.3.6 Flexibilität**

Die Analyse der Interviews verdeutlicht, dass Flexibilität eine notwendige Voraussetzung für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit darstellt. Die Interviewpartnerinnen beschreiben Flexibilität als Engagement in dem Sinne, dass es mitunter notwendig ist, Aufgaben zu übernehmen, die nicht primär der eigenen Berufsgruppe zugeordnet sind, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

„Und weiters liegt dann einfach im persönlichen Engagement und in der Flexibilität der einzelnen Teammitglieder, das ma sagt, inwieweit bringe ich auch Verständnis für die anderen Berufsgruppen mit. Inwieweit übernehme ich dann einfach auch einmal was, ohne diskutieren, ohne zu diskutieren, ist das jetzt unbedingt meines oder gehört das zur anderen Berufsgruppe, Also das hängt dann ganz viel vom persönlichen (...) Engagement der Beteiligten ab. Also das ist auch noch total wichtig. Also das ist schon auch wichtig.“ (T22: Z 52-58)

Durch eine flexible Grundhaltung, gegenseitig Aufgaben zu übernehmen, funktioniert nach Meinung der Interviewpartnerinnen das „Miteinander“ im Team (vgl. T22: Z 183-185, T23: Z 81-87).

#### **4.3.7 Reflexionsfähigkeit**

Die Analyse der Interviews zeigt, dass eine individuelle Voraussetzung einer gelingenden Zusammenarbeit die Bereitschaft der Mitglieder eines Teams zur persönlichen Reflexion ist. Die Interviewpartnerinnen beschreiben die Fähigkeit zur Reflexion als ein Sich-zurücknehmen-Können, wie folgendes Zitat veranschaulicht:

„Also es gehört eine hohe Reflexionsfähigkeit für mich dazu. dass ich sage: Okay, das nehme ich im ersten Moment einfach persönlich wahr, aber ich stelle das jetzt auf die Seite und versuche dem jetzt möglichst offen zu begegnen, den unterschiedlichen Meldungen, die da einfach auf einen zukommen. (T21: Z 332-336)

Im Bereich von Palliative Care und Hospiz definieren die Interviewpartnerinnen Reflexionsfähigkeit damit, auf die eigene Befindlichkeit gut zu achten vor allem wenn es Herausforderungen im Team zu bewältigen gibt. Als herausfordernd erleben die Interviewpartnerinnen die Diskussionen über die Aufgabenverteilung, wo es ihnen einerseits wichtig ist, Aufgaben zu übernehmen, andererseits sich aber gut abzugrenzen, wenn die Aufgabe nicht in den eigenen Zuständigkeitsbereich fällt. Hier bedarf es eines hohen Maßes an Reflexionsfähigkeit für die eigenen Grenzen (vgl. T21: Z 488-492).

Die Beschreibungen der Interviewpartnerinnen über Reflexionsfähigkeit als ein Nachdenken über die eigenen Kompetenzen und Grenzen decken sich mit den Forderungen Müllers und Kerns. Die AutorInnen sehen in der Auseinandersetzung mit sich selbst eine notwendige Voraussetzung, damit Interdisziplinarität gelingt. Als Reflexion beschreiben sie die Fähigkeit von Menschen, sich ihrer selbst bewusst zu sein und eine Position außerhalb ihrer selbst einnehmen zu können. Aus dieser Position gelingt die Kommunikation mit einem selbst und die notwendige Reflexion über das eigene Tun und Handeln (vgl. Müller / Kern 2008:85f).

#### **4.4. Zusammenfassung der Ergebnisse**

Die Analysen der Interviews verdeutlichen, dass es für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit strukturelle, interpersonelle, aber auch individuelle Voraussetzungen braucht. Die Ergebnisse zeigen, dass unter strukturellen Voraussetzungen eine klare Aufgabenverteilung für jede Berufsgruppe im Team und Maßnahmen zur Qualitätssicherung wie Supervisionen, Teambesprechungen und Interventionen, wenn möglich auch Evaluationen, notwendig sind. Die Resultate aus den Interviews veranschaulichen darüber hinaus, dass die Bereitstellung zeitlicher Ressourcen für den Austausch im Team, aber auch für den direkten PatientInnenkontakt und die Angehörigenberatungen entscheidende Komponenten für gelingende Interdisziplinarität bilden. Unter strukturellen Voraussetzungen sind jene zu verstehen, die von außen determiniert werden.

Neben der strukturellen Voraussetzungen bedarf es, den Analysen der Interviews folgend, ebenfalls zwischenmenschlicher, sogenannter interpersoneller Voraussetzungen für gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit. Dazu zählen die Interviewpartnerinnen die

grundlegende Bereitschaft für eine gemeinsame Aufgabenverteilung. Die Interpretation der Interviews veranschaulicht, dass das gemeinsame Anliegen die bestmögliche Begleitung und Betreuung von PatientInnen ist. Die Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen ist eine so große Aufgabe, die im abgestimmten Miteinander zu bewältigen ist. Im interdisziplinären Team bringen sich die einzelnen Teammitglieder mit ihrer Fachexpertise ein. Getragen ist die Arbeit im Team von gegenseitiger Wertschätzung, durch die alle Teammitglieder um die Expertise der einzelnen Berufsgruppen wissen. Die Interpretationen zeigen, dass sich die Mitglieder eines Teams als Personen wahrnehmen und sich wertschätzend im Arbeitsalltag begegnen.

Außer Zweifel stehen für die interviewten Sozialarbeiterinnen die individuellen Voraussetzungen, die für das Gelingen interdisziplinären Zusammenarbeitens entscheidend sind. Zu den individuellen Voraussetzungen zählt die fachliche Kompetenz jedes Einzelnen/jeder Einzelnen im Team. Für die Soziale Arbeit beinhaltet dies eine psychosoziale Beratungskompetenz, die um die psychischen, aber auch sozialen Nöte und Sorgen der PatientInnen weiß. Neben der psychosozialen Beratungskompetenz sehen sie die hohe Kommunikationskompetenz, die SozialarbeiterInnen in interdisziplinäre Teams miteinbringen. Darunter verstehen sie, dass SozialarbeiterInnen aufgrund ihrer Ausbildung ein hohes Bewusstsein für die Kommunikation im Team, aber auch für den Kontakt mit PatientInnen mitbringen. Darüber hinaus nehmen SozialarbeiterInnen aufgrund ihres Wissens um sozialrechtliche Fragestellungen eine wichtige Position im Team ein.

Meine Analysen zeigen, dass es zu einer gelingenden interdisziplinären Zusammenarbeit Empathie gegenüber den PatientInnen, aber auch gegenüber den KollegInnen im Team bedarf. Humor spielt im Sinne von „gemeinsam lachen“ zu können mit den PatientInnen, aber auch mit den KollegInnen eine wichtige Rolle. Entscheidend für gelingende Interdisziplinarität ist ebenfalls Flexibilität, in dem Sinn, dass Teammitglieder Aufgaben, die nicht die eigenen sind, übernehmen. Notwendig erscheint es den Interviewten jedoch, für sich selbst ausreichend Sorge zu tragen und über das eigene Verhalten zu reflektieren.

Die Analysen der Interviews zeigen eine hohe Zufriedenheit mit der interdisziplinären Zusammenarbeit im PKD. Mehrmals äußern die Interviewten ihre Wünsche dahingehend, das Modell der interdisziplinären Zusammenarbeit, wie es in Hospiz und Palliative Care umgesetzt ist, auch auf andere Bereiche im Gesundheitswesen zu übertragen.

## 5 Resümee und Ausblick

Im letzten Teil der Arbeit erfolgen persönliche Interpretationen der Ergebnisse meiner Forschungsfrage nach gelingenden Faktoren interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Wie in der Einleitung erwähnt, ist es das Anliegen des vorliegenden Forschungsvorhabens, Erkenntnisse über gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit zu gewinnen, um diese in einem zweiten Schritt auf andere Felder des Gesundheitswesens, wie etwa auf Primärversorgungszentren zu übertragen. In der Darstellung des Resümees und des Ausblicks erscheint es mir sinnvoll, in einem ersten Schritt das theoretische Berufsprofil für die Soziale Arbeit im Bereich Hospiz und Palliative Care den Ergebnissen aus den Interviews über gelingende interdisziplinäre Praxis gegenüberzustellen. In einem zweiten Schritt gebe ich einen Ausblick und Empfehlungen, wie die Etablierung Sozialer Arbeit in anderen Feldern des Gesundheitswesens gelingen kann. Wünschenswert ist, dass meine Ideen hinsichtlich des Einsatzes von SozialarbeiterInnen in anderen, interdisziplinären Feldern des Gesundheitsbereiches Anregungen für weitere wissenschaftliche Forschungen liefern.

### 5.1 Gegenüberstellung: Berufsprofil und interdisziplinäre Praxis

Sozialarbeiterinnen sind fester Bestandteil des interdisziplinären Teams im PKD. Das zeigen die Auswertungen der Interviews. Sie sind bei allen Fallbesprechungen von Beginn an dabei und bringen sich mit ihrer Fachkompetenz hinsichtlich psychosozialer und sozialrechtlicher Fragestellungen ein. Diese Selbstbeschreibungen der Funktion stimmen mit jenen der im Berufsprofil beschriebenen Dienstleistungen für das interdisziplinäre Team überein. So wie im Berufsprofil festgehalten, erfüllen sie eine Art Schnittstellenfunktion zwischen interdisziplinärem Team, PatientInnen und Angehörigen (vgl. Hospiz Österreich 2002:6). Die interviewten SozialarbeiterInnen sind sich ihrer kommunikativen und psychosozialen Kompetenz bewusst und bringen diese vor allem in der Betreuung mit schwierigen PatientInnen ein. Durch die Organisationen von Angehörigengesprächen und HelferInnenkonferenzen tragen sie zur Entlastung des Teams bei.

Aus den Ergebnissen der Interviews geht nicht eindeutig hervor, dass sie Ansprechpersonen für psychosoziale Fragestellungen auch für andere Teammitglieder sind, wie im Berufsprofil festgelegt. Die Beobachtungen zeigen jedoch, dass Soziale Arbeit im beforschten

Krankenhaus einen hohen Stellenwert genießt, da die Sozialarbeiterinnen von anderen KollegInnen, die nicht primär zum Team des PKD gehören, um Rat gebeten werden (vgl. B3: Z 51-59).

Die im Berufsprofil optional geforderten Tätigkeiten für das interdisziplinäre Team, wie die Koordination von organisatorischen Abläufen, übernehmen die Sozialarbeiterinnen, wenn notwendig. Aus der Analyse der Beobachtungen geht hervor, dass die optional geforderten Moderationen von Teambesprechungen im beforschten Feld nicht zwingend notwendig sind, da bei Teambesprechungen ein wertschätzendes Gesprächsklima herrscht. Die im Berufsprofil geforderte Organisation von Supervisionen und Intervisionen sind insofern nicht notwendig, da diese in der Einrichtung strukturell verankert sind (vgl. Hospiz Österreich 2002:7).

Die Ergebnisse der vorliegenden Forschung zeigen, dass neben strukturellen und interpersonellen Voraussetzungen auch individuelle, ganz persönliche Voraussetzungen der einzelnen Personen im Team zum Gelingen von Interdisziplinarität beitragen. Diese sind in Berufsprofilen nur schwer festzuhalten.

Interpersonelle und individuelle Fähigkeiten, die ebenfalls als Voraussetzung gelingender Interdisziplinarität dienen, sind in einem Berufsprofil nur marginal enthalten. Im Berufsprofil sind Soziale Arbeit und die Standards des Berufswissens und des daraus resultierenden Handelns näher beschrieben (vgl. Hospiz Österreich 2002:10ff). Die Umsetzung obliegt den SozialarbeiterInnen selbst.

Soziale Arbeit nimmt im beforschten Krankenhaus eine unverzichtbare Position ein. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die interviewten Sozialarbeiterinnen über hohe fachliche, aber auch persönliche Kompetenzen verfügen und mit ihrem Wissen und ihrer Persönlichkeit einen wichtigen Beitrag zum Gelingen interdisziplinärer Zusammenarbeit im PKD liefern.

## **5.2 Empfehlungen für die Etablierung Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen**

Aus den Ergebnissen meiner Forschung ziehe ich folgende Schlussfolgerungen für eine erfolgreiche Etablierung Sozialer Arbeit in interdisziplinären Teams in den unterschiedlichen Feldern des Gesundheitswesens.

**- Ausbildungsschwerpunkt „Stärkung der professionellen Identität“**

Zahlreiche Studien bestätigen, einer Feststellung Wider zufolge, dass bei SozialarbeiterInnen eine geringe berufliche Identität vorhanden ist. Die Persönlichkeit der Einzelnen und deren professionelles Handeln stehen im Vordergrund. Die Autorin fordert in diesem Zusammenhang das Selbstverständnis von SozialarbeiterInnen zu fördern und ein geschlossenes Bild der Tätigkeiten von SozialarbeiterInnen zu vermitteln. Auf diese Weise kann sich die Soziale Arbeit gleichberechtigt in die interdisziplinäre Zusammenarbeit einbringen. Wider sieht neben dem Berufsverband für SozialarbeiterInnen die Fachhochschulen als Ausbildungsstätte in der Vermittlung einer starken beruflichen Identität gefordert (vgl. Wider 2013:13). Die Analysen der Interviews zeigen, dass die interviewten Sozialarbeiterinnen über ein hohes Maß an Identifizierung mit ihrem Beruf verfügen. Sie wissen über ihre Kompetenzen Bescheid und übernehmen ihre Aufgaben, die ihnen von ihrer Tätigkeit als SozialarbeiterInnen zugedacht sind. Die Vermutung liegt nahe, dass sich die Identifizierung im Laufe der Zeit entwickelt hat. Beide Sozialarbeiterinnen verfügen über eine lange Berufserfahrung. Für eine erfolgreiche Etablierung Sozialer Arbeit in interdisziplinären Teams wäre es empfehlenswert, wenn nach Abschluss der Ausbildung junge SozialarbeiterInnen mit einem klaren Bild über die Tätigkeiten der Sozialen Arbeit in den Beruf einsteigen würden. Sie könnten sich auf diese Weise als gleichberechtigte PartnerInnen im interdisziplinären Team einbringen. Sie wissen um ihre Aufgaben Bescheid und grenzen sich gegebenenfalls ab.

**- Konzeptionelle Verankerung Sozialer Arbeit**

Die Ergebnisse der Forschung zeigen, dass die interviewten Sozialarbeiterinnen Soziale Arbeit als in Palliative Care und Hospiz selbstverständlich verankerte Profession erleben. Die Vermutung liegt nahe, dass die gute Positionierung Sozialer Arbeit in diesem Bereich damit zusammenhängt, dass im Konzept des Bundesministeriums für Gesundheit Soziale Arbeit als fester Bestandteil im Palliativ- und Hospizteam gesehen wird. Die Festlegung im Konzept erfolgt entweder durch eine Bezifferung der Wochenstunden pro Bett oder durch ein Anstellungsausmaß pro Bettenanzahl (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2014:14ff). Die konzeptionelle Verankerung Sozialer Arbeit ist eine Voraussetzung für die gute Positionierung Sozialer Arbeit im interdisziplinären Team. Für die Etablierung Sozialer Arbeit in weiteren Feldern des Gesundheitswesens ist zu empfehlen, dass die Berufsgruppe mit einer festen Wochenstundenanzahl oder einer Festlegung auf ein bestimmtes Anstellungsausmaß im Konzept der EntscheidungsträgerInnen enthalten ist.

Interessant wäre in diesem Zusammenhang, die von den Interviewten erwähnten strukturellen Voraussetzungen gelingender Interdisziplinarität in das Konzept einfließen zu lassen. Erwähnenswert sind die Forderungen nach ausreichend zeitlichen Ressourcen für die Arbeit mit den PatientInnen, nach dem Austausch im Team und den Maßnahmen zur Qualitätssicherung, wie Teambesprechungen, Supervisionen und Interventionen.

#### **- Definition eines Berufsprofils für Soziale Arbeit in Feldern des Gesundheitswesens**

Eine kompetente Leistungserbringung reicht für Wider nicht aus, um die Profession Sozialer Arbeit in Feldern des Gesundheitswesens erfolgreich zu etablieren. Die Leistungen Sozialer Arbeit und ihre auf Spezialwissen begründete Problemlösungskompetenz müssen nach außen hin sichtbar sein (vgl. Wider 2013:13).

Das vor Jahren entwickelte Berufsprofil Sozialer Arbeit in Hospiz und Palliative Care verweist auf die Tätigkeiten Sozialer Arbeit und stellt die Dienstleistungen von SozialarbeiterInnen in den Vordergrund. Darüber hinaus erfolgt eine Darstellung der Methoden und Kompetenzen Sozialer Arbeit (vgl. Hospiz Österreich 2002).

Die Ergebnisse meiner Forschung legen die Vermutung nahe, dass sich die interviewten Sozialarbeiterinnen nicht vorrangig des Berufsprofils in ihrer täglichen Arbeit bewusst sind. Dennoch scheinen sie in der Beschreibung ihrer Aufgaben und Tätigkeiten dem Berufsprofil entsprechend zu handeln. Die Ergebnisse zeigen, dass ein schriftlich festgelegtes Berufsprofil zur starken Positionierung im interdisziplinären Team beiträgt.

Für die Etablierung Sozialer Arbeit im Primärversorgungsbereich und in anderen Feldern des Gesundheitswesens ist empfehlenswert, dass EntscheidungsträgerInnen in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband „Soziale Arbeit“ ein Berufsprofil entwickeln.

Interessant wäre in diesem Zusammenhang, Berufsprofile für alle im interdisziplinären Team tätigen Berufsgruppen zu entwickeln. Dabei können die von den Interviewten geforderten interpersonellen Voraussetzungen nach gegenseitiger Wertschätzung und Bereitschaft zur gemeinsamen Aufgabenverteilung Erwähnung finden. Vor allem die angesprochenen individuellen Voraussetzungen nach Empathie, Humor, Selbstfürsorge, Reflexionsfähigkeit und Flexibilität könnten in allgemein gültigen Berufsprofilen Einzug finden.

#### **- Etablierung interdisziplinärer Lehrgänge**

Im Bereich von Hospiz und Palliative Care ist die Teilnahme an einem interdisziplinären Lehrgang für alle Berufsgruppen im Team verpflichtend. Ziel ist es, ein interprofessionelles ganzheitliches Betreuungskonzept in Palliative Care unter Berücksichtigung der physischen,

psychischen, sozialen und spirituellen Aspekte zu entwickeln. Im Zuge des Lehrgangs erfolgen die Vermittlung von Fachwissen und die Reflexion eigener beruflicher Erfahrungen (vgl. Hospiz Niederösterreich 2018).

Der interprofessionelle Lehrgang, den die interviewten Sozialarbeiterinnen ebenfalls absolvierten, findet in den Interviews keine explizite Erwähnung. Die Auseinandersetzung mit der Literatur zu Palliative Care und die Diskussionen in der Projektgruppe veranlassen mich, eine Empfehlung nach der Etablierung interdisziplinärer Lehrgänge für alle Berufsgruppen, die in einem bestimmten Feld des Gesundheitswesens tätig sind, auszusprechen. Für die erfolgreiche Zusammenarbeit im interdisziplinären Team ist es entscheidend, eine gemeinsame „Sprache“ zu sprechen. Speck fordert dies im Zusammenhang damit, dass nicht einzelne Berufsgruppen sich ausschließlich in ihrer Fachsprache ausdrücken und somit für einige Teammitglieder schwer zu verstehen sind (vgl. Speck 2006:159). Die Forderung Specks trifft sich mit der Erwähnung einer der beiden LeiterInnen der Projektwerkstatt auf der Fachhochschule, die von den Erfahrungen während ihres Palliative Care Lehrgangs berichtet. Sie erzählte, dass sie während der Vorlesungen über Schmerztherapie wenig verstand. Dennoch hilft ihr das Wissen über Schmerztherapie im beruflichen Alltag bei Teambesprechungen und in der alltäglichen Arbeit mit den PatientInnen, über deren Schmerzmedikationen zu sprechen (vgl. Stattler 2017:mdl.). Die gemeinsame Sprache unterstützt die Arbeit im Team, aber auch die direkte Betreuung der PatientInnen.

#### **- Gesellschaftliches und politisches Lobbying**

Ein Ausbau Sozialer Arbeit in weitere Felder des Gesundheitswesens ist notwendig, da gesundheitliche und soziale Probleme eng miteinander verwoben sind. Lützenkirchen spricht von der hohen Relevanz Sozialer Arbeit, vor allem wenn die Betreuung der PatientInnen nach dem biopsychosozialen Modell erfolgt. Dieses geht davon aus, dass biologische, soziale und psychische Faktoren bei der Behandlung von Krankheiten, aber vor allem bei der Aufrechterhaltung von Gesundheit eine entscheidende Rolle spielen. Ein rein biomedizinischer Zugang beantwortet die Fragen nach den Ursachen von Erkrankungen zu wenig. Bei der Lösung sozialer Probleme ist für Lützenkirchen die Expertise der Sozialen Arbeit gefragt. Soziale Arbeit informiert die PatientInnen über bestehende Leistungen und Kosten und unterstützt sie dabei, kritische und kompetente NutzerInnen des Gesundheitssystems zu sein (vgl. Lützenkirchen 2005:317f).

Die vorliegende Forschungsarbeit beschäftigt sich mit der erfolgreichen Etablierung Sozialer Arbeit im speziellen Bereich von Hospiz und Palliative Care. Als weitere mögliche

Tätigkeitsfelder für Soziale Arbeit wären meiner Meinung nach vor allem die bereits erwähnten Primärversorgungszentren, aber auch SeniorInnenzentren, Pflegewohnheime, Einrichtungen des betreuten Wohnens und die mobilen Dienste der Hauskrankenpflege zu nennen. Um Soziale Arbeit im Gesundheitswesen noch stärker zu etablieren, bedarf es eines gezielten gesellschaftlichen und politischen Lobbyings. Wider fordert in diesem Zusammenhang ein „gesellschaftliches Mandat“, um die soziale Anerkennung zu bekommen, über das Spezialwissen für komplexe Problemlagen und deren Lösung zu verfügen. Soziale Arbeit muss dieses Mandat miteinfordern und dafür die Grundlagen liefern (vgl. Wider 2013:12). In diesem Zusammenhang ist es begrüßenswert, dass der österreichische Berufsverband für Soziale Arbeit eine eigene Fachgruppe unter dem Titel „Soziale Arbeit in der Primärversorgung“ gegründet hat. Für die Soziale Arbeit bedeutsam ist, dass die zuständige Leiterin der Fachgruppe beim dritten österreichischen Primärversorgungskongress im April 2018 einen Workshop geleitet hat (vgl. Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit 2018). Soziale Arbeit betreibt durch ihre Präsenz an diesen Fachkongressen gesellschaftliches und politisches Lobbying und erklärt sich im Kreis von ExpertInnen. Zusammenfassend ist es mir wichtig, die Bedeutung Sozialer Arbeit in der Palliativversorgung und für andere Bereiche des Gesundheitswesens mit den Worten von Hans Nau herauszustreichen und meine Forschung mit einem direkten Zitat von ihm abzuschließen:

*„Der spezifische Ansatz Sozialer Arbeit ist es, mit ihrem ganzheitlichen Ansatz auf Basis einer ethischen Grundhaltung die Würde der Schwerkranken in den Mittelpunkt zu stellen. Soziale Arbeit hat außerhalb besonderer Bereiche wie der Palliativversorgung bisher keine ausreichenden Zeitressourcen für eine Vorgehensweise, in dem sie ihr Wirkungspotential entfalten kann. Die Palliativversorgung kann die Quelle für eine Neuausrichtung Sozialer Arbeit sein, mit Auswirkung auf andere Versorgungsbereiche.“*  
(Nau 2013:70)

## Literatur

Aulbert, E., Nauck, F., Radbruch, L. (Hrsg.) (2008): Lehrbuch Palliativmedizin, Schattauer Verlag, Stuttgart.

Aulbert, E., Klaschik, E., Pichlmaier H. (2002): Palliativmedizin – Verpflichtung zur Interdisziplinarität, Schattauer Verlag, Stuttgart.

Ärztchamber Oberösterreich (o.A.) (2017): Primärversorgung konkret: Ein Enns-Pilotprojekt, [http://www.aekoee.at/details/-/asset\\_publisher/qF6hCuPlqJGU/content/gesundheitsreform-wird-sichtbar-erste-primarversorgungszentren-fur-oo](http://www.aekoee.at/details/-/asset_publisher/qF6hCuPlqJGU/content/gesundheitsreform-wird-sichtbar-erste-primarversorgungszentren-fur-oo) [11.12.2017]

Becker, H., Schoor, M., Sommer, B. (2017): Das interdisziplinäre Denken und Handeln: Ein Fallbeispiel, Springer Fachmedien GmbH, Wiesbaden, 267-304.

Beutel, H., Grom, I., Silberzahn-Jahndt, G., Roser, T., Gratz, M., Kunze-Wünsch, E., Nau, H. (2013): Psychosoziale Begleitung von Sterbenden und Angehörigen. In: Kränzle, S., Schmid, U., Seeger, C. (Hrsg.) (2013): Palliative Care, Handbuch für Pflege und Begleitung, 5. Auflage, Springer Verlag, Berlin, 35-70.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (o.A.) (2018): Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich, [https://www.bmqf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Planung\\_und\\_spezielle\\_Versorgungsbereiche/Hospiz-und\\_Palliativversorgung\\_in\\_Oesterreich](https://www.bmqf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Hospiz-und_Palliativversorgung_in_Oesterreich) [27.1.2018]

Bundesministerium für Gesundheit (o.A.) (2014): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene, [https://www.bmqf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/broschue\\_hospiz-und\\_palliativversorgung\\_1\\_12\\_2014.pdf](https://www.bmqf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/broschue_hospiz-und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf) [27.1.2018]

Dettmann, M. (2017): Partizipation und Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit, Dissertation, <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2017/8290/pdf/Dissertation.pdf>, [5.3.2018]

Farnang, A., Schmid, U., Mells, C., Proksch, S., Selbstpflege. In: Kränzle, S., Schmid, U., Seeger, C. (Hrsg.) (2013): Palliative Care, Handbuch für Pflege und Begleitung, 5. Auflage, Springer Verlag, Berlin, 199-214.

Feichtner, A., Nagele, S. (2014): Lehrbuch der Palliativpflege, 4. überarbeitete Auflage, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.

Forster, H. (2014): Psychosoziale Begleitung. In: Wasner, M., Pankofer, S. (Hrsg.) (2014): Soziale Arbeit in Palliative Care, Ein Handbuch für Studierende und Praxis, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 127-134.

Flick, U. (2014): Sozialforschung, Methoden und Anwendung, Rowohlt's Enzyklopädie, Hamburg.

Hartl, E., Fink, S., Stadler, C., Hadl, V., Gruber, M. (2018): Das interdisziplinäre Team, Chancen und Herausforderungen, Internationaler Basislehrgang Palliative Care, St. Pölten, [https://ecampus.fhstp.ac.at/pluginfile.php/506945/mod\\_resource/content/1/IBL\\_Projektarbeit\\_Gruppe%206\\_03.06..pdf](https://ecampus.fhstp.ac.at/pluginfile.php/506945/mod_resource/content/1/IBL_Projektarbeit_Gruppe%206_03.06..pdf) [18.1.2018]

Hospiz Österreich (o.A.) (2002): Berufsprofil für die Sozialarbeit im Rahmen von Hospiz und Palliative Care [http://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/06/Berufsprofil\\_Sozialarbeit\\_in\\_HPC\\_mit\\_Logo.pdf](http://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/06/Berufsprofil_Sozialarbeit_in_HPC_mit_Logo.pdf) [27.1.2018]

Hospiz Österreich (o.A.) (2002): Berufsprofil für die Sozialarbeit im Rahmen von Hospiz und Palliative Care, Dienstleistungen für das interdisziplinäre Team, [http://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/06/Berufsprofil\\_Sozialarbeit\\_in\\_HPC\\_mit\\_Logo.pdf](http://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/06/Berufsprofil_Sozialarbeit_in_HPC_mit_Logo.pdf) [24.3.2018]

Hospiz Landesverband Niederösterreich (o.A.) (2018): Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care, <http://www.hospiz-noe.at/bildung/lehrgang/> [25.3.2018]

International Federation of Social Work (o.A.) (2000): Definition Soziale Arbeit, [http://www.sozialarbeit.at/files/definition-international\\_1.pdf](http://www.sozialarbeit.at/files/definition-international_1.pdf) [27.1.2018]

International Federation of Social Work (o.A.) (2005): Ethik in der Sozialen Arbeit – Darstellung der Prinzipien, [http://www.sozialarbeit.at/files/ethiccodex\\_ifsw\\_1.pdf](http://www.sozialarbeit.at/files/ethiccodex_ifsw_1.pdf) [4.3.2018]

Kränzle, S., Schmid, U., Seeger, C. (Hrsg.) (2013): Palliative Care, Handbuch für Pflege und Begleitung, 5. Auflage, Springer Verlag, Berlin.

Kränzle S. (2013): Qualität in Palliative Care. In: Kränzle, S., Schmid, U., Seeger, C. (Hrsg.) (2013): Palliative Care, Handbuch für Pflege und Begleitung, 5. Auflage, Springer Verlag, Berlin, 180-182.

Kelle, U., Kluge, S. (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleiche und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Kreft, D., Milenz I. (Hrsg.) (2017): Qualitätsentwicklung. In: Lexikon der Sozialen Arbeit, 8. überarbeitete Auflage, Beltz Juventa Verlag, Weinheim/Basel, 762-768.

Krenz, C. (2013): Ein Beweis des Lebens, Soziale Arbeit im stationären Hospiz, [https://ezproxy.fhstp.ac.at:2159/content/pdf/10.1007%2F978-3-86226-923-5\\_3.pdf](https://ezproxy.fhstp.ac.at:2159/content/pdf/10.1007%2F978-3-86226-923-5_3.pdf) [14.3.2018]

Lamnek, S., (2016): Qualitative Sozialforschung, 6. überarbeitete Auflage, Beltz Verlag, Weinheim.

Lexikon der Psychologie (o.A.) (2018): Ressourcen, <http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/ressourcen/12935> [5.3.2018]

Lützenkirchen, A. (2005): Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen, Gruppendynamik und Organisationsberatung, Heft 3/2005, 311–324.

Müller, M., Kern, M. (2008): Kommunikation im Team. In: Aulbert, E., Nauck, F., Radbruch, L.,(Hrsg.) (2008): Lehrbuch der Palliativmedizin, Schattauer Verlag, Stuttgart, 81-93.

Nau, H. (2013): Soziale Arbeit in Krankenhaus und Palliative Care. In: Kränzle, S., Schmid, U., Seeger, C. (Hrsg.) (2013): Palliative Care, Handbuch für Pflege und Begleitung, 5. Auflage, Springer Verlag, Berlin, 64-70.

Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (o.A.) (2018): Fachgruppen: Sozialarbeit in der Primärversorgung [http://www.sozialarbeit.at/index.php?article\\_id=353&clang=0](http://www.sozialarbeit.at/index.php?article_id=353&clang=0) [25.3.2018]

Österreichische Palliativgesellschaft (o.A.) (2018): Palliative Care, <https://www.palliativ.at/palliative-care.html> [27.1.2018]

Österreichische Palliativgesellschaft (o.A.) (2018): Psychosoziale Begleitung, <https://www.palliativ.at/palliative-care/psychosoziale-begleitung.html> am [27.1.2018]

Pflegerl, J., Stattler, U. (2017): Projektwerkstatt: Beschreibung Interdisziplinäre Zusammenarbeit in Palliativteams, <https://ecampus.fhstp.ac.at/course/view.php?id=17688> [27.1.2018]

Proksch S. (2013): Humor und Lachen in der Pflege. In: Kränzle, S., Schmid, U., Seeger, C. (Hrsg.) (2013): Palliative Care, Handbuch für Pflege und Begleitung, 5. Auflage, Springer Verlag, Berlin, 217-223.

Rösler, M., Nau, H., Stoklossa, C. (2017): Soziale Arbeit in der Palliativversorgung. In: Forum, 3/2017, Springer Medizin Verlag GmbH., Wiesbaden, 263-264.

Schamacher, T. (2014): Qualität und Qualitätssicherung für Soziale Arbeit. In: Palliative Care, in: Wasner, M., Pankofer, S. (Hrsg.) (2014): Soziale Arbeit in Palliative Care, Ein Handbuch für Studierende und Praxis, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 233-245.

Seeger, C. (2013): Multidisziplinäres Arbeiten im Team, Grundlage für die Vernetzung von Palliative Care. In: Kränzle, S., Schmid, U., Seeger, C. (Hrsg.) (2013): Palliative Care, Handbuch für Pflege und Begleitung, 5. Auflage, Springer Verlag, Berlin, 217-223.

Speck, P. (2006): Teamwork in Palliative Care, Oxford University Press, Oxford

Stadlmann, B., (2009): Soziale Arbeit im interdisziplinären Palliative Team, Masterarbeit, Universität Klagenfurt, [https://ecampus.fhstp.ac.at/pluginfile.php/498566/mod\\_resource/content/1/MASabschlussarbeit\\_sozialarbeit%20interdisziplinär\\_Stadlmann.pdf](https://ecampus.fhstp.ac.at/pluginfile.php/498566/mod_resource/content/1/MASabschlussarbeit_sozialarbeit%20interdisziplinär_Stadlmann.pdf) [9.3.2018]

Student, C., Mühlum, A., Student, U. (2007): Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care, Ernst Reinhardt Verlag München, 98-115.

Wagner, U. (2014): Sozialrechtliche Fragestellung und Information. In: Wasner, M., Pankofer, S. (Hrsg.) (2014): Soziale Arbeit in Palliative Care, Ein Handbuch für Studierende und Praxis, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 121-127.

Wasner, M., Pankofer, S. (Hrsg.) (2014): Soziale Arbeit in Palliative Care, Ein Handbuch für Studierende und Praxis, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Wasner, M. (2013): Interprofessionelle Teamarbeit. In: Wasner, M., Pankofer, S. (Hrsg.) (2014): Soziale Arbeit in Palliative Care, Ein Handbuch für Studierende und Praxis, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 161-172.

Wider, D. (2013): Soziale Arbeit und Interdisziplinarität: In: SozialAktuell, 4/2013, 10-13.

## Daten

B2: Beobachtungsprotokoll, verfasst von Beate Gratzter-Diplinger, Beobachtung am 9.2.2018, im Regelbetrieb des PKD im Krankenhaus.

B3: Beobachtungsprotokoll, verfasst von Beate Gratzter-Diplinger, Beobachtung am 9.2.2018, im Regelbetrieb des PKD im Krankenhaus.

E1: E-Mail der Interviewpartnerin am 14.3.2018, Zeilen durchgehend nummeriert.

G1: Gedächtnisprotokoll, verfasst von Beate Gratzter-Diplinger nach der Beobachtung am 9.2.2018, Zeilen durchgehend nummeriert.

Stattler, U., (2017): mündliches Zitat vom 18.12.2017, Lehrveranstaltung „Projektwerkstatt“ im Rahmen des Bachelorstudienlehrgangs „Soziale Arbeit“ an der Fachhochschule St. Pölten.

T21: Transkript der Aufnahmen im Feld, erstellt von Beate Gratzter-Diplinger, Jänner 2018, Zeilen durchgehend nummeriert.

T22: Transkript der Aufnahmen im Feld, erstellt von Beate Gratzter-Diplinger, Jänner 2018, Zeilen durchgehend nummeriert.

T23: Transkript der Aufnahmen im Feld, erstellt von Beate Gratzter-Diplinger, Jänner 2018, Zeilen durchgehend nummeriert.

## Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Beate Gratzner-Diplinger**, geboren am **14.8.1976** in **Graz**, erkläre,

1. dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

**Graz, am 23. April 2018**

**Unterschrift**

*Beate Gratzner-Diplinger*